

KVINNOR I FOKUS



***EN RAPPORT OM ERFARENHETER AV VÅRD SAMT
BEHOV INFÖR KOMMANDE VÅRDBESÖK HOS
MÅLGRUPPEN LESBISKA, BISEXUELLA OCH QUEERA
KVINNOR SOM HAR SEX MED KVINNOR***

KVINNOR I FOKUS

***EN RAPPORT OM ERFARENHETER AV VÅRD SAMT
BEHOV INFÖR KOMMANDE VÅRDBESÖK HOS
MÅLGRUPPEN LESBISKA, BISEXUELLA OCH QUEERA
KVINNOR SOM HAR SEX MED KVINNOR***

Författare: Caro Wikbro Rannberg
RFSL Stockholm
Fotografer: Mira och Thilda Berglind
Form: Andjeas Ejiksson
Korrektur: Frida Berglund, Emil Briones Ahlén
Andra upplagan 2023

ISBN: 978-91-527-5714-7

<i>Introduktion</i>	<i>7</i>
<i>Bakgrund om projektet</i>	<i>7</i>
<i>Målgruppsdefinition</i>	<i>8</i>
<i>Tillvägagångssätt och metoder</i>	<i>8</i>
<i>Forskningsöversikt</i>	<i>10</i>
<i>Resultat</i>	<i>12</i>
<i>Demografi om målgruppen</i>	<i>12</i>
<i>Friskhet</i>	<i>14</i>
<i>Att söka vård</i>	<i>16</i>
<i>Gynekologi och föräldraskap</i>	<i>20</i>
<i>Trygghet</i>	<i>33</i>
<i>Öppenhet inom vården</i>	<i>37</i>
<i>Vård man inte vill söka för</i>	<i>41</i>
<i>Förbättringsmöjligheter för vårdpersonal</i>	<i>43</i>
<i>Skam och oro</i>	<i>46</i>
<i>Vad man vill lära sig mer om</i>	<i>48</i>
<i>Övriga kommentarer</i>	<i>49</i>
<i>Sammanfattning</i>	<i>50</i>
<i>Vad gör vi framåt?</i>	<i>51</i>
<i>Avslutande ord</i>	<i>51</i>
<i>Källor</i>	<i>52</i>
<i>Bilaga 1: Enkät för projektet Kvinnor i fokus</i>	<i>57</i>



INTRODUKTION

Under 2022 har vi genom detta jämställdhetsprojekt arbetat med målgruppen KSK (kvinnor som har sex med kvinnor), ett projekt som varit efterfrågat både internt och bland målgruppen. Vi på avdelningen hivprevention, hälsa och individstöd, RFSL Stockholm, är otroligt stolta och nöjda över vårt första projektår och ser fram emot att få arbeta med och för målgruppen i många år framöver. Vår förhoppning är att det här projektet kommer att generera fler projekt som gagnar målgruppen, men även att vi har belyst områden som fler väljer att aktivt arbeta med. Det har under arbetets gång uppkommit flera ämnen som vi vill fortsätta att arbeta med kommande år, då delar av resultatet är mörkare och mer allvarligt än vad vi föreställt oss.

Gensvaret från målgruppen har varit över förväntan vilket är en indikation på att målgruppen själva är engagerade. Detta märks i hur annonser och efterlysningar spritts av målgruppen själva, men också i mängden svar som vi fått in. Då vi haft begränsat med tid till att gå igenom och bearbeta materialet har vi varit tvungna att sälla och inte kunnat gå så djupt inom alla områden som vi skulle önska. Syftet med rapporten är att andra organisationer, vården, myndigheter och självklart målgruppen själva ska kunna ta del av materialet och att det förhoppningsvis ska leda till förändringar och förbättringar för målgruppen gällande jämställd hälsa.

BAKGRUND OM PROJEKTET

RFSL Stockholm har en lång historia av att arbeta med och för hbtqi-personers rättigheter i form av projekt och verksamheter. Då vi är en medlemsorganisation strävar vi efter att följa de frågor som communityt tycker är prioriterade och gör vårt yttersta för att skapa projekt som kan passa för såväl finansiärer som våra medlemmar. Det har funnits planer på ett liknande projekt under flera år, men där har problemet med att hitta rätt finansiär satt stopp. Vi vet sedan tidigare att mycket forskning visar på stora skillnader i hälsa mellan såväl kön som sexualitet och att målgruppen kvinnor som har sex med kvinnor är särskilt utsatt, vilket ligger till grund för att projektet blev till. Vi vet efter en genomgång av tidigare forskning att det finns tydliga skillnader gällande exempelvis psykisk och fysisk hälsa, tillgång till vård och bemötande inom vård.

Detta projekt är det första i sitt slag med fokus på enbart KSK och hälsa, och syftet med projektet är att undersöka vad målgruppen KSK behöver för att kunna uttrycka sina vårdbehov, för att på så sätt uppnå en bättre och mer jämställd hälsa. Projektet har pågått från den 31a december 2021 fram till den 31a december 2022. De medel vi sökt och fått för att kunna genomföra projekt är från Jämställdhetsmyndigheten, med fokus för att målgruppen på sikt ska kunna uppnå jämställd hälsa. Som nämnts tidigare har det varit svårt att hitta medel för projekt som rör just målgruppen KSK, därför är vi extra stolta över detta projekt tack vare Jämställdhetsmyndigheten.

Projektets målsättning är att vi vill få ökad kunskap om målgruppens behov vid vårdkontakter och vilka hälsoförebyggande åtgärder som behövs genom två delmål:

1. Kunskapsöversikt över befintlig forskning med fokus på målgruppens vårdbehov och hälsa,
2. Underlag för hälsoförebyggande insatser för målgruppen.

MÅLGRUPPSDEFINITION

Målgruppen för projektet är lesbiska, bisexuella och queera kvinnor som har sex med kvinnor. En annan mer omfattande beskrivning av målgruppen är kvinnor som har sex med kvinnor, något som också benämns som KSK. Denna typ av benämning inkluderar lesbiska/homosexuella och bisexuella kvinnor men också personer som kanske identifierar sig som heterosexuella, men som har sexuella praktiker som gör att personen skulle kunna klassas som bisexuell eller homosexuell. Det är inte alltid som sexuell praktik och sexuell läggning/identitet överensstämmer till hundra procent. Så med benämningen KSK inkluderas fler personer. Genom att använda begreppen KSK, lesbisk/homosexuell och bisexuell underlättar det även i jämförelse med annan forskning som använder samma typ av begrepp. Andra benämningar som diskuterats med målgruppen under projektets gång är lesbisk vs. homosexuell. Många tycker att benämningen homosexuell står för en person som attraheras av/tänder sexuellt på en person av samma kön som en själv, och att det gäller för både kvinnor och män (i de fall diskussionen kommit upp är det alltid ur ett binärt perspektiv). Medan andra menar att benämningen homosexuell främst står för män som attraheras av män och då istället föredrar termen lesbisk. Många hänvisar också till den engelska versionen av hbtqi som är LGBTQI, där L't står för lesbian/lesbisk och G't står för gay/homosexuell och syftar då på homosexuella män. I den här rapporten kommer vi inte ta ställning till vilken benämning som är mest lämplig, utan den vanligaste benämningen kommer vara KSK eller målgruppen. I de fall det är relevant med sexuell läggning kommer vi använda begreppen bisexuell och lesbisk. I målgruppen inkluderas såväl cis som transkvinnor samt ickebinära. Några få transmän som tidigare levt som KSK har hört av sig och frågat om de fått delta vilket projektledningen godkänt, då självidentifikation är det väsentliga och ju mer information vi kunde få in desto bättre.

I det här projektet är det viktigt att de som deltagit själva fått identifiera sig vilket innebär att det funnits vissa förvalda alternativ men även öppet för att själva fylla på med egna förslag. Det har även varit möjligt att fylla i fler än ett alternativ, vilket kan betyda att personen identifierar sig som flera saker samtidigt, växlar i perioder eller att det varierat under ens liv.

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT OCH METODER

Fokusgrupp har varit en av metoderna som vi använt oss av under projektåret där deltagarna själva varit personer ur målgruppen. En av grundstenarna i projektet har varit att engagera målgruppen då det har varit av stor vikt att de gjort sig hörda, blivit lyssnade på, och varit med och bidragit till resultatet. Projektet har också tagit inspiration av metoden peer-to-peer, som på svenska kan översättas till "lika lär lika", där målgruppspersonernas egna erfarenheter varit värdefulla för utformning av olika metoder.

Efterlysning av deltagare har skett via olika medlemsgrupper hos RFSL Stockholm, spridning via projektledningens eget nätverk samt i olika facebookgrupper där målgruppen finns. Deltagarna har själva fått välja att ses på vårt kansli eller över länk och samtliga träffar har skett på länk via teams och zoom. Grupperna har bestått av mellan 4–6 personer per gång och vissa deltagare har varit med på alla träffar och några har bara deltagit på en träff, det var helt frivilligt hur mycket man ville delta. Utöver dessa personer var det 10 till som anmälde intresse men som inte kunde delta de tillfällen som valdes.

Under första träffen gick projektledaren igenom bakgrundsinformation om projektet, delar av forskningsöversikten och sen gick vi igenom enkätfrågorna. Tillsammans diskuterade vi olika formuleringar, vilka frågor som skulle vara öppna och stängda och om alla alternativ som behövdes var med. Under andra träffen gick vi igenom frågorna till djupintervjuerna och deltagarna fick komma med egna förslag och tycka till om befintliga. Att få höra andra personers åsikter om olika frågeställningar och tillsammans komma fram till nya formuleringar har berikat projektet på flera plan. Tillsammans har vi hittat meningar som är enkla att förstå, frågor som inkluderar och som bjuder in till långa textsvar. Tredje och sista träffen handlade om en genomgång av preliminära resultat från enkätundersökningen och djupintervjuerna, där deltagarna fick chans att tycka till om resultatet. Gruppen hade enade åsikter om att resultatet var mycket värre än de kunnat föreställa sig. Då flera även deltog första träffen hade de förkunskap om hur målgruppen mår gällande flera hälsoområden, men ingen i gruppen var beredd på de resultat som presenterades. Det uttrycktes även en tacksamhet över att projektet görs och att det finns planer för fler projekt och verksamheter för målgruppen framöver.

En annan metod som använts är enkätundersökning som publicerades 22-04-01 och var öppen för spridning fram till 22-08-15. Därefter har det tillkommit några ytterligare svar som även inkluderats i materialet. Inklusionskriterierna var att man definierade/har definierat sig som målgruppen KSK samt att man var bosatt i region Stockholm, detta på grund av att RFSL Stockholm arbetar regionalt och att Kvinnor i Fokus är ett regionalt projekt. Totalt är det 1025 personer som svarat på enkäten, varav 812 uppfyllde inklusionskriterierna och det är således de svaren som ligger till grund för resultaten. Bortfallet beror på att personen som svarat inte angett Stockholm som bostadsort. Det kommer alltså inte att göras någon jämförelse beroende på var i landet man bor eller någon rikstäckande information, utan allt som kommer att redovisas gällande vård, vårdpersonal och instanser kommer att utgå från Stockholmsregionen.

Enkäten bestod av en introduktion där vi redogjorde för syftet och målet med projektet samt informerade om att alla frågor är frivilliga att svara på, att man är helt anonym och att det bara är projektledaren som har tillgång till alla svaren i sin helhet. Det enkätverktyg som användes var Google forms och svaren finns sparade på en fil hos projektledaren. Själva enkäten bestod av totalt 50 frågor uppdelade i 3 delar: bakgrundsfrågor, kontakt med vården och känslor kring vård. Sista delen bestod mestadels av fritextsvar där den som fyllde i fick skriva en egen text efter respektive fråga. Första och andra delen bestod av flersvarsalternativ där det antingen var möjligt att välja ett alternativ eller flera olika. Vissa frågor var mer av ja/nej-utformning, medan andra öppnade upp för att fler alternativ var möjliga. Samtliga frågor där det var möjligt att välja fler alternativ fanns det även ett övrigt-alternativ där personen själv kunde fylla i eget förslag. Hela enkäten finns att se i slutet av rapporten som en bilaga. En sak som är viktig att ha i beaktande när man tar del av resultatet från enkäten är att alla frågor var helt frivilliga att svara på, vilket innebär att det blev en del blanka svar på nästan alla frågor. Detta kommer att redovisas i de frågor där det är relevant. En annan sak gällande statistiken är att i de frågor där det går att välja fler svar har en del valt att göra det. I vissa frågor har det bildats en egen kategori för dessa, i andra frågor har de olika svaren delats upp, vilket gör att antalet kommer att överstiga 812 svar.

Enkätundersökningen har delats via RFSL Stockholms medlemsgrupper, medlemsbrev och personal, samt via projektledarens privata nätverk samt i olika Facebook-grupper där målgruppen varit medlemmar. Det har även uppmuntrats att personer som själva svarat på enkäten ska sprida den till folk som tillhör målgruppen.

Som komplement till fokusgrupperna och enkätundersökningen gjorde vi också djupintervjuer. Målet var 10–15 intervjuer med målgruppen. Totalt utfördes 15 intervjuer och det var fler än så som var intresserade av att delta. Efterlysningen efter deltagare gick till på samma sätt som när enkäten spreds och när vi efterlyste deltagare till fokusgruppen. Intervjuerna har skett både ansikte mot ansikte på allmän plats eller via länk, beroende på vad intervjupersonen föredrog. Innan intervjun startade fick alla information om att alla frågor var frivilliga, att de när som helst kunde avbryta och att de själva valde hur mycket eller lite de valde att dela med sig. Frågorna har varit både slutna där främst ja och nej-svar varit möjliga, men huvuddelen har varit öppna frågor som gett längre och djupare svar. Följdfrågor har förekommit för att främst tydliggöra olika vårdssituationer. Det har även funnits möjlighet för deltagarna själva att prata fritt vid flera tillfällen. Alla intervjuer har spelats in och bastranskriberats. Transkriberingarna har sedan gått igenom av projektledaren för att hitta gemensamma nämnare, identifiera teman och se hur de ställer sig till de olika frågorna. Även detta material är det bara projektledaren som haft tillgång till.

FORSKNINGSÖVERSIKT

Ett delmål vi haft inom projektet var att göra en kunskapsöversikt över befintlig forskning med fokus på målgruppens vårdbehov och hälsa. Vi visste sedan tidigare att målgruppen sticker ut i olika sorters forskning, därför tyckte vi att denna insats var viktig för att få en bra bild av den senaste forskningen. Kunskapsöversikten genomfördes i början av projektåret av Suzann Larsdotter som är aukt. sexolog, aukt. socionom, terapeut & leg. hälso och sjukvårdskurator. Larsdotter har tidigare arbetat på RFSL och har gedigen kunskap inom området. År 2009 skrev hon en magisteruppsats om KSK, STI och säkrare sex. Det är en sammanfattning av kunskapsöversikten som återges nedan.

Inledningsvis är det viktigt att känna till vad minoritetsstress är och hur det påverkar målgruppen, då det är en av de viktigaste orsakerna till ohälsa hos KSK. Stigmatiserade minoriteter i samhället utsätts för detta då samhällets sociala strukturer och normer är främst heteronormativa och anpassade därefter. Det blir alltså ett extra lager stress, utöver den individuella stress vi alla känner på grund av olika saker som händer i livet. Detta påverkar hälsan starkt negativt.¹ Minoritetsstress drabbar alltså inte enbart enskilda personer utan det sker även på sociokulturell nivå, som ett strukturellt stigma i form av skillnader i rättigheter samt diskriminerande lagstiftning. Det handlar också om att man blir påverkad av negativa kulturella attityder mot personer som bryter mot normen kring könstillhörighet och sexualitet.² Just upplevelsen av minoritetsstress kopplat till vården finns det mycket forskning som bland annat visar att målgruppen är rädda för ett sämre bemötande om de väljer att komma ut, vilket gör att många tenderar att hålla sin sexuella läggning hemlig.³ Forskning visar också att läkare har låg kunskap om sexuella praktiker och lesbisk livsstil vilket blir ett hinder i kommunikationen, samt att de känner sig obekväma med att prata om sexuella hälsofrågor för lesbiska.⁴

Forskning visar att målgruppen själva inte har den information de behöver för att kunna fatta beslut gällande säkrare sex. Detta innebär också att målgruppen inte kan skaffa sig kunskap

1. Meyer, 2003

2. Hatzenbuehler, 2017; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016b; Poteat & Russell, 2013

3. Röndahl, 2006

4. Björkman, & Malterud, 2009

om överföring av könssjukdomar och säkrare sex, trots att intresset från målgruppen finns. KSK uttrycker själva att deras kunskap är begränsad och att det även gäller vårdens kunskap om ämnet.⁵ En studie över kvinnor som sökt gynekologisk mottagningen för HBT-personer visar att KSK har haft STI, varit gravida, har barn och gjort aborter i större utsträckning än förväntat. Men målgruppen har inte gjort gynekologiska undersökningar och cellprovtagning i samma utsträckning som andra kvinnor. Genital herpesvirusinfektion (HSV-2) hittades hos en av tio KSK. Genital herpes och genitala vårtor har diagnostiserats hos kvinnor som inte haft någon historia av sex med män. Överföring av syfilis genom oral-genitalt sex finns beskriven inom KSK. Vaginal bakterieflora har hittats hos lesbiska par, vilket tyder på att sexuell bakteriell överföring sker mellan kvinnor. Var femte lesbisk kvinna har också fått veta att de inte behöver följa screeningsprogrammet för livmoderhalscancer samtidigt som 11 procent har fått konstaterade cellförändringar.⁶

Vad det gäller fysisk hälsa har homo-/bisexuella kvinnor högre risk att drabbas av förebyggbara sjukdomar jämfört med heterosexuella.⁷ Det har också rapporterats att lesbiska, bisexuella och icke-heterosexuella har högre dödlighet och sjuklighet än heterosexuella.⁸

Gällande psykisk hälsa har bisexuella kvinnor i högst utsträckning använt medicinsk vård för ett ångestsyndrom och/eller depression. I jämförelse med heterosexuella kvinnor stack alla sexuella minoritetsgrupper ut, därav bisexuella kvinnor som hade högst risk⁹. En norsk studie lyfter också fram bisexuella rapporterar mer ångest och depression, döljer sin sexualitet samt har en lägre nivå av tillfredsställelse med livet än lesbiska. De rapporterade även högre på samtliga stressvariabler i jämförelse med lesbiska samt hade mer ångest och depression än lesbiska.¹⁰ Det finns även flera nationella och internationella studier som pekar på ett högre suicidtal hos bisexuella kvinnor och lesbiska än hos heterosexuella. En studie visar att sexuella minoriteter hade två gånger högre odds för både självskadebeteende och suicidförsök jämfört med heterosexuella.¹¹

Gällande våld i nära relation är en vanlig uppfattning hos lesbiska att deras relationer inte kan vara våldsamma, specifikt att sexuellt våld inte kan förekomma, vilket försvårar för brottsoffer att se våldet.¹² 20 % av bisexuella och homosexuella kvinnor har varit utsatt för påtvingat samlag, jämfört med 6 % bland heterosexuella kvinnor. Mest utsatta för hot av en partner var homosexuella (23 %) och bisexuella kvinnor (22 %). Homo- och bisexuella kvinnor hade den högsta nivån av sexuella övergrepp och våld. Mest utsatta när det kom till alla former av sexuella övergrepp, från trakasserier till påtvingade samlag var bisexuella kvinnor.¹³

Forskning som rör alkohol och droger kopplat till målgruppen visar på förhöjd risk för riskfylld alkoholkonsumtion och cannabisanvändande hos lesbiska och bisexuella kvinnor. Målgruppen har förhöjd risk att samtidigt ha psykisk ångest och missbruk jämfört med heterosex-

5. Larsdotter, 2009

6. Moegelin, Nilsson, Helström, 2010

7. Bränström, 2016

8. Lindström & Rosvall, 2020

9. Björkenstam, Björkenstam, Andersson, Cochran, Kosidou 2017

10. Prell & Traeen, 2018

11. O'Reilly, Pettersson, Donahue, Quinn, Klonsky, Lundström, Larsson, Lichtenstein, & D'Onofrio, 2021

12. Holmberg & Stjernqvist, 2004; Ovesen, 2021

13. Folkhälsomyndigheten, 2020

uella.¹⁴ Ett tydligt resultat var den ökade förekomsten av riskbruk och beroende bland kvinnor i samkönade äktenskap, i synnerhet bland yngre kvinnor i 30 årsåldern där förekomsten var upp till sex gånger högre jämfört med kvinnor i motsvarande ålder i olikkönade äktenskap.¹⁵

RESULTAT

I enkäten och i samtal med personer ur målgruppen via djupintervjuer och i fokusgrupp har några teman utkristalliserats som kommer att redovisas här nedanför. Det är demografi om målgruppen, friskhet, att söka vård, gynekologi och föräldraskap, trygghet, öppenhet inom vården, vård man inte vill söka för, förbättringsmöjligheter för vårdpersonal, skam och oro, vad man vill lära sig mer om och slutligen övriga kommentarer. Därefter tillkommer en sammanfattning, vad gör vi framåt samt avslutande ord och källor.

DEMOGRAFI OM MÅLGRUPPEN

Gällande sexualitet svarade totalt 805 personer varav 363 uppgav "lesbisk/homosexuell", 190 svarade "bisexuell" och 100 personer uppgav flera alternativ. Av dessa var den vanligaste kombinationen för "bisexuella" att också kryssa för "queer" och "pansexuell". Flera "lesbiska" hade också svarat att de är "queera" och "pansexuella". Det fanns fler kombinationer än dessa och det fanns även möjlighet att fylla i egna förslag vilket några gjort. De som fyllt i enbart eget förslag har hamnat i gruppen övrigt som bestod av 5 personer, resterande har hamnat i gruppen som fyllt i flera alternativ. Några exempel på övriga kategorier är: "asexuell", "zoofil", "gynosexuell", "heteroflexible", "har inte bestämt", "ingen label", "inget men dejtar", "polysexuell", "demisexuell", "osäker", "polyamorös", "vill inte identifiera mig". 10 svarade att de är "heterosexuella", 85 personer angav "queer" som alternativ och totalt 52 personer svarade "pansexuell".

Nästa fråga handlade om könsidentitet och där svarade 723 av 806 att de är "kvinnor". Näst största gruppen bestod av 36 personer som kryssat för "ickebinär" och därefter 26 som svarat "kvinna" + "annat". Det fanns utrymme för att fylla i eget förslag men också att kryssa för flera förslag, så denna kategori bestod främst av de som fyllt i både "kvinna" och "ickebinär", samt "kvinna" och "osäker/vet ej". Det var även 13 som fyllt i att de var "osäkra" och ytterligare några som svarade att de "inte vill identifiera sig som något kön alls" och "inte förstod könsnormerna".

Det fanns ytterligare två frågor om kön: en fråga om ens juridiska kön och en fråga om vilket tilldelat kön man har. För de allra flesta är dessa två sätt att dela in kön överensstämmande, men det gäller inte alla. Enligt svensk lag finns bara två kön, kvinna och man, vilket gör att denna typ av indelning alltid är binär. Något som syns exempelvis i folkbokföringen och i våra personnummer, vilket också kallas för juridiskt kön. Tilldelat kön är det kön som skrivs in i ens journal vid födseln och som ligger till grund för ens personnummer. Den tredje siffran i de fyra sista siffrorna baseras på kön och en jämn siffra står för kvinna och en ojäm siffra står för man. Det är totalt 805 som svarat på frågan om tilldelat kön varav 12 svarade "man" och 793 svarade "kvinna". Gällande juridiskt kön har 799 svarat "kvinna" och 7 svarat "man". Eftersom det är självidentifieration som är det centrala i denna rapport kommer samtliga svar att räknas.

Gällande relationer fanns en fråga om vilken relationsstatus man har just nu och där svarade de allra flesta som totalt var 548 stycken, att de hade "en relation med en person". 2 personer

14. Bränström, Pachankis, 2018

15. Socialstyrelsen, 2016

hade svarat att de hade "en relation samt att den var öppen". 202 är " singlar" och 37 har "relationer med flera". 14 personer hade fyllt i eget förslag som i denna fråga står för att den har en "öppen relation", "att det är komplicerat", "att man är gift", "relationen är flytande", att man har "en KK-relation" eller att man "dejar". Det handlar också om att man "träffar någon" eller att man "inte vill uppge". Det var även en fråga om vilken relationsform man har när man är i en relation där det fanns alternativen "monogam", "polyamorös", "flersam" och "övrigt" att välja på. Det kom en del kommentarer som handlade om skillnaden mellan att vara "flersam" och "polyamorös" men det var en sak som kom fram under en träff med fokusgruppen. Där det lyftes fram att "flersam" kan tolkas som en mer inkluderande kategori medan "polyamorös" är mer en identitet. Återigen är det upp till varje person att själva välja hur de vill identifiera sig, vilket också syns i dessa svar. 643 svarade att de är "monogama", 30 identifierar sig som "flersam" och ytterligare 30 svarade att det är "polyamorösa". Det fanns även en grupp personer som svarat fler än bara ett alternativ, varav 3 "flersamma" också svarat att de hade en "öppen relation", var "icke-exklusiv samt säljer sex till regelbundna kunder". Gruppen som svarat att de både är "monogama" och något mer svarade främst att de var "flersamma" och "polyamorösa". De skrev också att de "kunde vara öppna", att "det beror på situationen", att "de tidigare levtt flersamt", att "partnern är poly", att "det varierat" eller att "de skulle vilja vara polyamorösa". Denna grupp bestod av 45 personer. 6 svarade att de var "öppna gällande relationer" och 21 svarade "övrigt". De som kategoriserats som "övrigt" har svarat att "det beror på relationen", att "det varierar", att "man vill leva flersamt", att "man är ambiamorös", att "man är relationsanarkist" eller att man bara är "sexuell med flera personer utan att ha relationer".

Den här enkäten riktade sig till alla åldrar och det är 806 personer som är mellan 15 och 80 år som svarat på denna fråga. Den allra största gruppen är de som är mellan "31–40" år och består av 337 personer, därefter 272 personer som är "21–30" år. Tredje största gruppen består av 111 personer mellan "41–50" år. Därefter har vi nått nästan lika många i åldrarna 15–20 år som var 32 personer och de som är "51–60" som bestod av 35 personer. 10 respondenter är mellan "71–80" år och slutligen är 8 personer mellan "61–70" år. En har valt "vill inte uppge" och 6 personer har inte svarat alls. Dessa svar visar tydligt att vi lyckades bäst med att nå de i medelåldern samt generationen under. För att lyckas med en så bred åldersspridning har vi delat enkäten via våra medlemsgrupper samt via privata nätverk.

En fråga handlar om målgruppens högsta utförda utbildning och där har mer än hälften, totalt 462 av 804 respondenter svarat att de har en "examen från högskola eller universitet", vilket motsvarar 57,5%. Därefter har 149 svarat "studier vid högskola eller universitet" och 91 har svarat "gymnasieexamen eller motsvarande". 75 har gått en "eftergymnasial utbildning som ej är högskola eller universitet" och 26 har gått ut "grundskola eller motsvarande". 1 har uppgett "annan utbildning".

För att ingå i projektets målgrupp ska man antingen bo eller tidigare bott i Stockholm. Som tidigare nämnts är kriteriet att man ska ha bott i Stockholm i minst 3 månader, vilket är en avgränsning vi gjort i projektet. På minst 3 månader hinner man dels lära känna platsen man bor på, dels kan behovet av vård ha uppkommit vilket är det som enkäten handlar om. Samtliga 812 som svarat på enkäten antingen "bor i Stockholm just nu" eller "har tidigare bott i Stockholm i mer än 3 månader". Dessa grupper har kontrollerats mot varandra för att säkerställa att minst ett av alternativen stämmer på dessa personer.

Vidare frågade vi efter lite olika vanor och bland annat hur deltagarna snusar. 806 svarade varav 611 svarade "nej", 138 svarade "ja" och 57 svarade "ibland". Omvandlat i procent är det 17 % som snusar dagligen, vilket går att jämföra med siffror från Folkhälsomyndighetens

undersökning som visar på att 6 % av alla kvinnor snusar. Då gäller dessa siffror kvinnor från hela landet. Samma siffra har svarat att de röker dagligen i Stockholms region,¹⁶ där enkäten visar på att 3,99 % svarat att de röker dagligen. 803 svarade om rökning och 672 svarade "nej", 99 svarade "ibland" och endast 32 svarade "ja". Det är alltså en otroligt stor skillnad gällande framför allt KSK och övrig befolkning gällande snusning.

Vad det gäller alkohol skulle man fylla i om man dricker alkohol samt hur mycket man dricker vid ett vanligt tillfälle. Det var allra flest med totalt 369 som svarade "1–2 glas" och därefter 250 som svarade "3–4 glas". 113 svarade att de "inte dricker alkohol" alls och därefter 64 som svarat "5–6 glas" vid ett vanligt tillfälle. 10 personer svarade att "7–9 glas" dracks vid ett vanligt tillfälle. I enkäten frågar vi också efter övrigt brukande där 804 svarade och 730 av dessa svarade "nej". Strax över 8 % svarade att de antingen "ja, ibland" eller "ja, regelbundet", vilket i siffror innebär att 8 brukar regelbundet och 57 gör det ibland. I jämförelse med siffror från Folkhälsomyndigheten var det 3,1 % kvinnor från Stockholms region som använt cannabis mellan 2018–2021. 1,8 % av kvinnorna över hela Sverige.¹⁷ 9 svarade "övrigt" vilket i denna fråga står för att man "tar sina mediciner", "dricker kaffe", "är nykter narkoman/alkoholist" och att man "brukat tidigare". De preparat som målgruppen brukar är främst olika former av cannabis. Därefter brukas kokain, ecstasy, och ketamin flest gånger. Amfetamin, LSD, poppers, lustgas, benzodiazapiner, psykedelika, lustgas, heroin, poppers, ritalin, tramadol är andra preparat som folk fyllt i. Folk nämner också mediciner av olika slag som testosteronblockerare, östrogentillskott, morfin, allergimedisin och ADHD-medicin samt coca cola, snus och kaffe. Något som flera skriver om är att de ofta tar det som bjuds, som att det är just vad andra har och vilket tillfälle det är som avgör hur och om man ens brukar. Detta gör att brukandet kan variera från gång till gång och baseras också på vad det är för typ av situation som man befinner sig i.

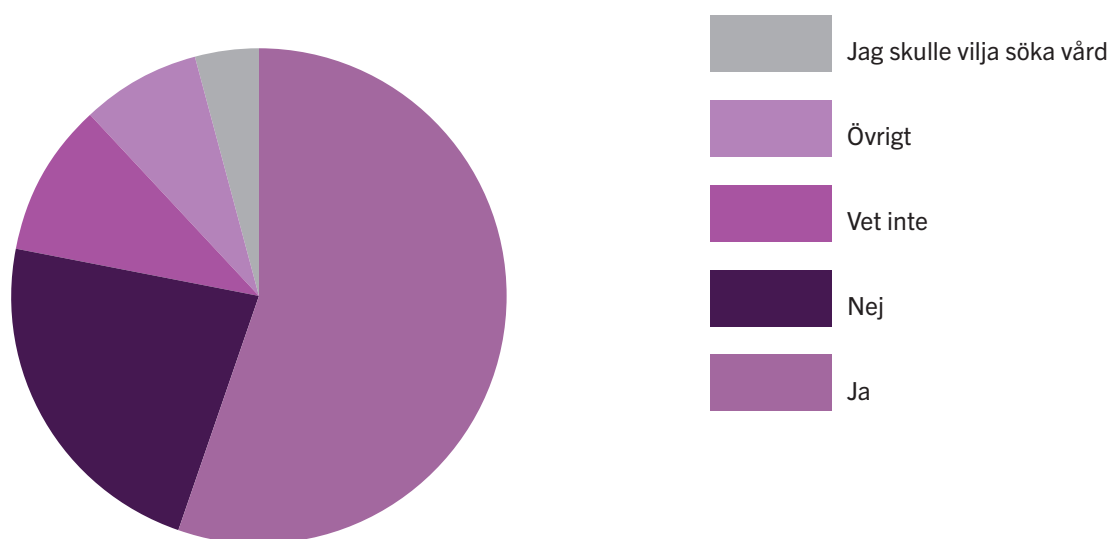
FRISKHET

Djupintervjuerna inleddes med att personerna fick berätta om sin fysiska och psykiska hälsa och där svarade de allra flesta att de mår bra inom bägge områden. Dock nämnde flera att man hade behov av främst vård gällande psykisk ohälsa som man av olika anledningar sköt på. Några berättade om att man fortfarande var påverkad av pandemin och att man inte ville vara till besvär och därför valde att skjuta på sina besök. Andra väntade bara på rätt tillfälle för att man skulle orka ta tag i sina problem.

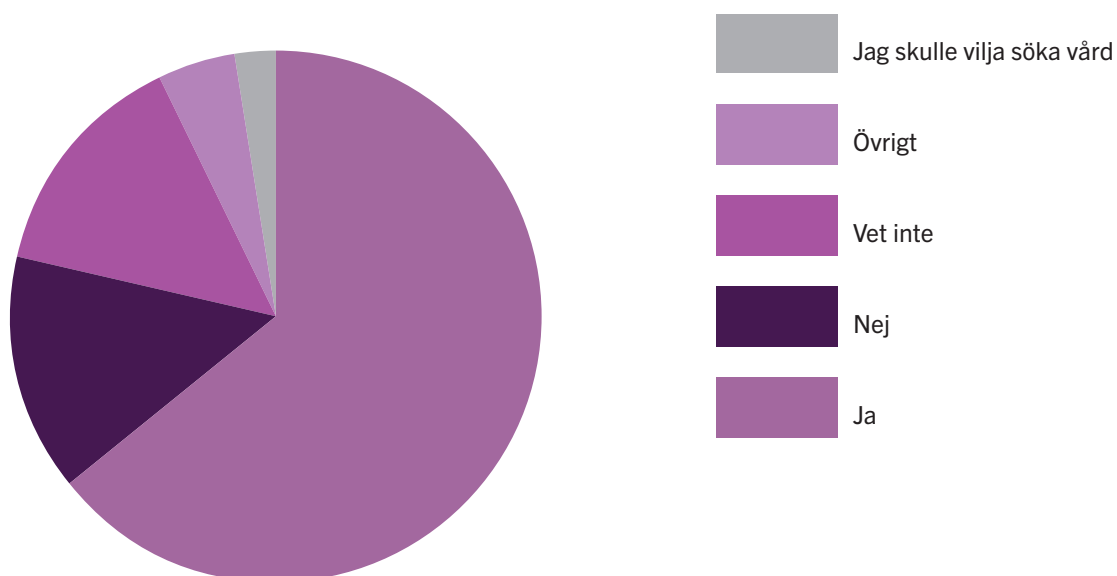
I enkäten fanns två frågor om friskhet, den ena om man känner sig psykiskt frisk och en fråga om man sig fysiskt frisk. De alternativ som fanns var "ja", "nej", "jag skulle vilja söka vård", "vet inte" och "övrigt". På frågan om man känner sig psykiskt frisk var det flest som svarade "ja" med 443 personer och därefter 184 som svarade "nej", vilket är detsamma som nästan 23 %. Det är alltså nästan en fjärdedel av målgruppen som inte känner sig psykiskt frisk. 82 personer har svarat att de "inte vet" och 33 personer "vill söka vård". Resultatet går att se i diagrammet nedanför och det blir tydligt hur många som inte känner sig helt psykiskt friska.

16. Folkhälsomyndigheten, *Vuxnas bruk av tobaks- och nikotinprodukter*, 2021. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/tobaks--och-nikotinprodukters-utveckling/vuxnas-bruk-av-tobaks--och-nikotinprodukter/> [hämtad 2022-10-20].

17. Folkhälsomyndigheten, *Cannabisanvändning*, 2021. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/cannabisanvandning-i-befolkningen/> [hämtad 2022-10-20].

Känner du dig psykiskt frisk?

Frisk nog jämfört med andra som mår väldigt dåligt men inte sjuk nog att behöva söka vård. Så svarar en person under "övrigt" och detta citat är talande för hur målgruppen ställer sig till att söka vård. Det kommer att komma fler exempel på hur målgruppen ser på sin egen hälsa i jämförelse med andra och hur många tenderar att förminska sina egna behov och tillstånd för andra människors behov. Totalt är det 62 som har svarat vilket står för att de "går i terapi/ hos psykolog" eller att "de har olika diagnoser som ADHD, GAD, PTSD, bipolärhet, ätstörning och depression". Man har också svarat att "måendet varierar", att man "medicinerar" eller att "gamla erfarenheter finns kvar och påverkar". Det handlar också om att man har "panikångest", "sorg", "depression" eller "får vård för annat".

Känner du dig fysiskt frisk?

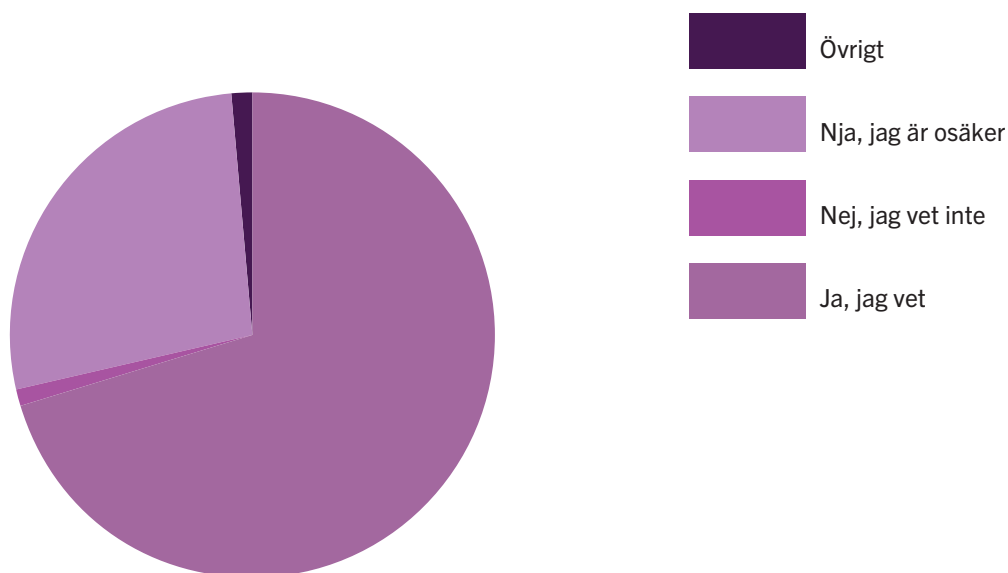
Vad det gäller fysisk friskhet svarade totalt 806 personer och 569 av dessa svarade "ja" på frågan om de känner sig fysiskt friska. 127 svarade "nej" på frågan, vilket är detsamma som nästan 16 %. 21 "vill söka vård" och 48 har svarat att "de inte vet". "Övrigt" består av 41 perso-

ner som svarat att de "har diagnoser som ADHD" eller "sjukdomar och tillstånd som diabetes 2, hypotyreos, depression, vaginism, endometrios, PCO, IBS, astma och artros". Folk har också fyllt i att de har en "neurologisk, autoimmun, kronisk eller genetisk sjukdom". Andra saker som nämns är "järnbrist", "skolios", "utmattad", "muskelvärk", "smärtproblematik", "krämpor på grund av ålder", "muskelvärk", "ångest", "högt blodtryck", "graviditet" och "post-covid". Andra nämner också att man har "kroniska inflammationer", "somatiska symtom" eller "övervikt som påverkar ens fysiska hälsa". Sammanfattningsvis finns det många olika sorters sjukdomar i målgruppen som varierar och påverkar personerna i olika grad, vilket för oss vidare till hur benägen målgruppen är att söka olika sorters vård.

ATT SÖKA VÅRD

Ett stort block i enkäten och i djupintervjuerna handlade om hur målgruppen söker vård, om man vet hur man söker vård, om man tidigare sökt vård och hur man ställer sig till att söka olika sorters vård. I djupintervjuerna hade samtliga 15 deltagare sökt vård, men det framkom hos flera att man har svårt att veta hur man ska söka vård. Flera lyfte fram att man tycker det är svårt att hitta mottagningar, rätt telefonnummer eller vart man ska söka sig för olika vårdbehov. Man pratade också om hur svårt det blir när man har flera vårdbehov och instanser "bollar vidare" till andra ställen, vilket ofta resulterar i att man inte får någon vård alls och slutligen skjuter på det eller helt enkelt ger upp.

Om du ska uppsöka vård, vet du hur du gör det och vilka instanser som finns?



I enkäten ställs frågan "Om du ska uppsöka vård, vet du hur du gör det och vilka instanser som finns?" och ovan kan ni se diagrammet över svaren. Det var totalt 800 som svarade och 564 svarade "ja". 9 svarade att de "inte vet" och totalt 216 svarade "nja, jag är osäker". I procent är det 27 % som är osäkra på hur de ska söka vård. Huruvida det gäller att hitta rätt mottagning, träffa rätt person eller veta hur man hittar rätt nummer framkommer inte. Men att mer än var fjärde person är osäker på hur man söker vård är anmärkningsvärt. 11 personer har svarat "övrigt" där flera menar att "det beror på vad det gäller för typ av vård". Några tar upp att "de vet gällande vissa sorters vård", men att man inte vet hur man söker vård utöver det

som vårdcentralen erbjuder. En ytterligare grupp tar upp att "de behöver hjälp av anhöriga för att kunna söka sig till rätt vård". Den frågan förekommer även i djupintervjun, ifall man behöver socialt stöd för att söka vård. Flera svarade att de behövde stöd gällande vissa sorters vård som kan tolkas som "mer känslig", som exempelvis gynekolog, testning för könssjukdomar, fertilitetsvård och liknande. Att man kände ett behov av att kunna prata om dessa frågor, men främst efter att besöket ägt rum. Några andra förklarade att anhörigas stöd är avgörande för att man ens ska kunna söka vård. Det handlar om att man inte vet hur man gör, att man inte förstår hur man går till väga när man söker vård eller vilka instanser som kan hjälpa till med vad. Utan anhöriga så kom man sig inte för, visste inte hur man började eller undvek helt att söka hjälp. Detta gällde allt från psykisk ohälsa, testning, cellprovtagning eller för att ta reda på om man har en NPF-diagnos. Så här svarar en person på detta tema:

Alltså jag behöver min frus stöd, ja det behöver jag. För annars har jag inte ork till att hitta rätt. Jag behöver hjälp med min formulering, så att jag inte håller igen, inte för att jag överdriver, men så att säger det jag söker för. Hon får nästan övertala mig till att jag inte är till besvär, för jag vet ju att det finns hur många som helst som söker vård hela tiden.

Detta citat inkluderar flera viktiga delar som känns igen hos flera andra som deltagit i intervjun och enkäten. Vidare berättar man om vårdcentraler som tagit bort sina telefonnummer så att de inte längre går att nå, vilket såklart försvårar möjligheten att söka vård. Några historier handlar om hur frustrerande det är att bli bortkopplad efter lång tid i telefonkö, att behöva anpassa sig till telefontider som krockar med exempelvis arbetstider och hur svårt det är att bli bollad mellan olika instanser. Flera av dessa nämnde även att med en eller flera NPF-diagnoser blir det ytterligare ett lager av svårighet och hur ett telefonsamtal till en läkare kan kräva flera dagars energi. Att då bli bortkopplad eller runtskickad resulterade i att man sluter sig och i stället struntar i att söka vård. Detta trots att man vet att man i behov av en eller flera sorters olika vård, men att befintliga system som finns nu är för jobbiga att hantera.

Alla som svarade på djupintervjun hade sökt vård vid minst ett tillfälle och de som hade barn sa att gällande barnen var det sällan eller aldrig några problem, för då gällde det barnen. Deras hälsa var i fokus och inget man kunde skjuta på, till skillnad från sina egna vårdbehov som man kunde skjuta på tills det inte längre var möjligt. Gällande att just söka vård för barnen oroade man sig i stället för andra saker, som att vårdpersonalen skulle fråga efter en pappa som inte finns eller liknande.

Både i djupintervjun och i enkäten är det flera som har koppling till vården via familj, vänner, partners eller eget yrke, vilket bidrog till att man kände till hur och var man ska söka sig. Men alla de som inte har stödet eller kunskapen via andra i sin närhet hade andra tekniker för att försöka ta sig fram. Folk berättar om hur de måste leta själv, att man hittar vård via olika Facebook-grupper och hur man går på folks rekommendationer eller snarare icke-rekommendationer där folk har avskräckande exempel från sina egna liv.

Men jag är också arg över hur jag och många jag känner blivit dåligt behandlade och hur det gör att många jag känner tvekar inför att söka vård.

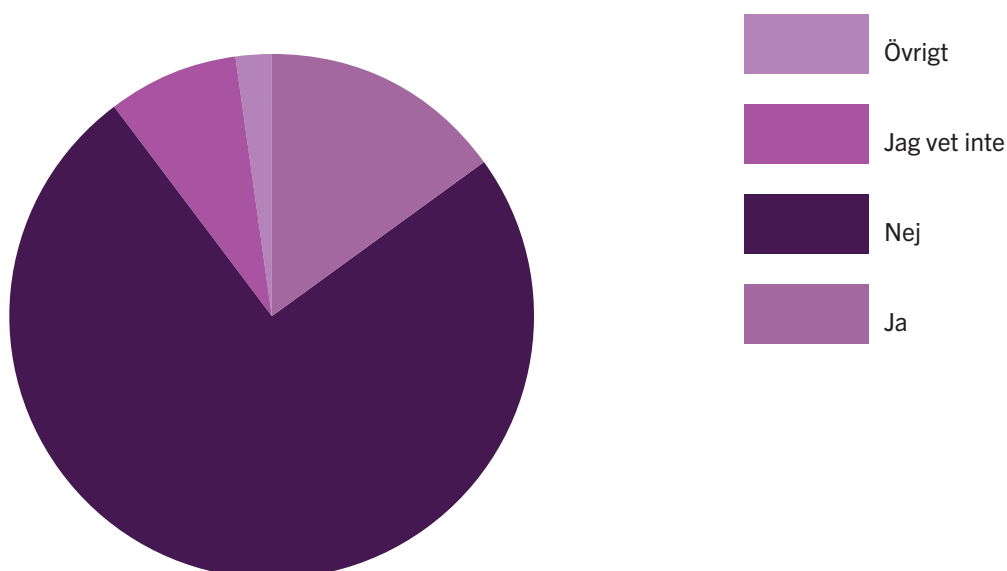
Detta citat sammanfattar hur många känner inför att man sökt vård och inte blivit bra bemötta och hur det sen påverkar framtida vård. Längre fram i rapporten kommer fler avsnitt om hur egna och andras erfarenheter av vård kan påverka ens egna förmåga att söka vård.

En fråga handlar om målgruppen uppsökt akutvård och det är 804 som svarat varav 612 svarat "ja". Utöver det fanns det två andra alternativ som var "nej, jag vill inte" och "nej, jag har inte haft behovet". 177 har "inte haft behovet", vilket i sig inte är något konstigt. Alla har inte råkat ut för något som kräver att man uppsöker akutvård. Däremot är det 15 som svarat att "de inte vill". En följdfråga på det var om man sökt akutvård och hur ofta man i sådana fall gör det. Totalt hade 658 svarat varav 306 vs 302 personer svarat "vid behov" och "mer sällan". 30 personer söker "vart annat år", 13 söker "var tolfte månad", 4 personer "var tredje månad" och 3 söker "var sjätte månad". Det nämns i flera djupintervjuer att man drar sig för att söka primärvård men att när det kommer till saker som är akut så söker man för det, även om det kan ta emot för en del.

En annan sorts vård som efterfrågas är om målgruppen uppsökt psykiatri/gått hos psykolog/terapeut och där har 802 svarat. 15 personer "vill söka", 106 personer svarade "nej" och totalt är det 681 som svarade "ja" och har sökt något av de olika alternativen. Det hade varit värdefullt att veta lite mer om vilken vård de sökt och bakgrund till det, men för att enkäten inte skulle bli alldeles för lång fanns det inte utrymme för fler följdfrågor än de vi redan har. Den information vi har är att nästan 85 % av de som svarat på denna fråga har sökt någon form av hjälp hos psykiatri och/eller gått i samtal. Vilket visar på att det dels finns ett stort behov av detta vårdområde, dels att målgruppen söker sig dit. Det visar också på att vårdtagarna borde ha gedigen erfarenhet av målgruppen, vilket inte alltid speglas i hur de vården hanterar denna målgrupp.

En fråga som ställs i enkäten handlar om huruvida målgruppen har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) och att man skulle fylla i vilken/vilka man har. Fortsättningsvis kommer begreppet NPF att användas. NPF är ett samlingsbegrepp som bland annat inkluderar ADHD, ADD, AST, språkstörning och tourettes syndrom. Det är 802 som svarat på frågan och nästan alla som svarat "ja" på att de har en diagnos har också fyllt i vilken eller vilka de har. Totalt är det 121 som svarat "ja" på att de har en diagnos, vilket motsvarar 15 % av deltagarna.

Har du någon neuropsykiatrisk diagnos (NPF)? Om ja, fyll i vilken/vilka under övrigt.



Av dessa är det 12 som har "ADD", 50 har "ADHD" och 16 har svarat att de har "autismspektrumtillstånd", även kallat AST. Flera har skrivit "autism", "aspergers" samt "AST", och de olika begreppen går fortsättningsvis under samlingsnamnet AST. 18 hade enbart svarat "ja" utan att fylla i vilken diagnos den har. 25 personer har fyllt i att de har flera diagnoser och den vanligaste kombinationen är ADHD och AST. Till denna grupp ingår även de som redan har en NPF och som är under utredning för ytterligare en. Det är 601 personer som svarat "nej" och till denna grupp räknas också de som fyllt i en diagnos, men som inte är en NPF. Några exempel på diagnoser är "dyslexi", "GAD", "OCD", "borderline", "PTSD" och "bipolär sjukdom". 65 personer har svarat att "vet inte" och några har fyllt i vilken diagnos de misstänker att de har. Omvandlat i procent är det alltså 8 % som inte vet om de har en NPF-diagnos eller inte. 16 personer har svarat "övrigt" och fyllt i att de har "dyslexi", "borderline", "ME", "psykisk ohälsa", "PTSD", "GAD" och att man är "högekänslig". I denna grupp ingår även de som misstänker att de har en diagnos och/eller är under utredning för en NPF. Vad det gäller statistik för hur många i Sverige som har en NPF ser det väldigt olika ut, jag har valt att gå på källor som jag anser vara trovärdiga. Vilket innebär att andra som söker på detta kan få fram andra siffror än de jag hittat, vilket jag är medveten om. Men enligt Habilitering och hälsa (Region Stockholm) är det 1–2 % av Sveriges befolkning som har en AST-diagnos¹⁸ och 2–4 % av den vuxna befolkningen har ADHD.¹⁹ Vilket är en ganska stor skillnad om man jämför med att 15 % av de som svarat på enkäten kryssat för att de har en NPF. Det är även något som framkommit i djupintervjuerna, att flera deltagare berättade att de har en eller flera NPF, eller att de funderade på att göra en utredning. Att så pass många kryssat för att de har en diagnos visar på att de tagit sig till vården och gjort en utredning, men det indikerar också att det här är en målgrupp som har ett större vårdbehov än övriga befolkningen.

En annan fråga från enkäten var om målgruppen gick på medicinering samt om man var nöjd med den. Det var 798 personer som svarade varav 435 svarade "nej". Därefter var det 310 deltagare som "tog mediciner och var nöjda" och 53 svarade "ja, men jag är inte nöjd med medicinen/medicinerna". En förhoppning för de 53 som inte var nöjda är att de har kontakt med vården och får hjälp med sin medicinering. Från djupintervjuerna fanns inga kommentarer om medicinering mer än att de allra flesta kände till att man har rätt att byta medicin om man känner att den inte fungerar och att man ska kunna prata med sin läkare om det.

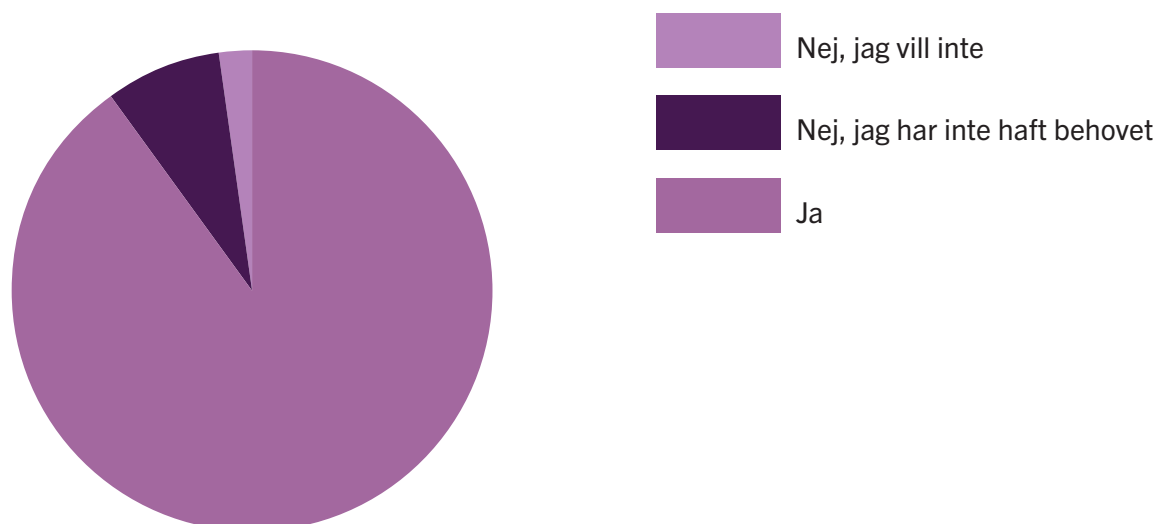
18. Habilitering & Hälsa, Region Stockholm, *Det här är autism*, u.å., <https://www.autismforum.se/om-autism/det-har-ar-autism/> [hämtad 2022-10-20]

19. Karolinska Institutet, *Adhd – diagnos som väcker känslor*, 2022, <https://ki.se/forskning/adhd-diagnos-som-vacker-kanslor> [hämtad 2022-10-20]

GYNEKOLOGI OCH FÖRÄLDRASKAP

Ett stort område i enkäten och i djupintervjuerna handlar om målgruppens inställning och erfarenhet av att gå till gynekologen, ta cellprov, testa sig för könssjukdomar, gå på mammografi och om man uppsökt fertilitetsrelaterad vård. Till detta kapitel hör även frågor som rör föräldraskap.

Har du besökt gynekolog någon gång?



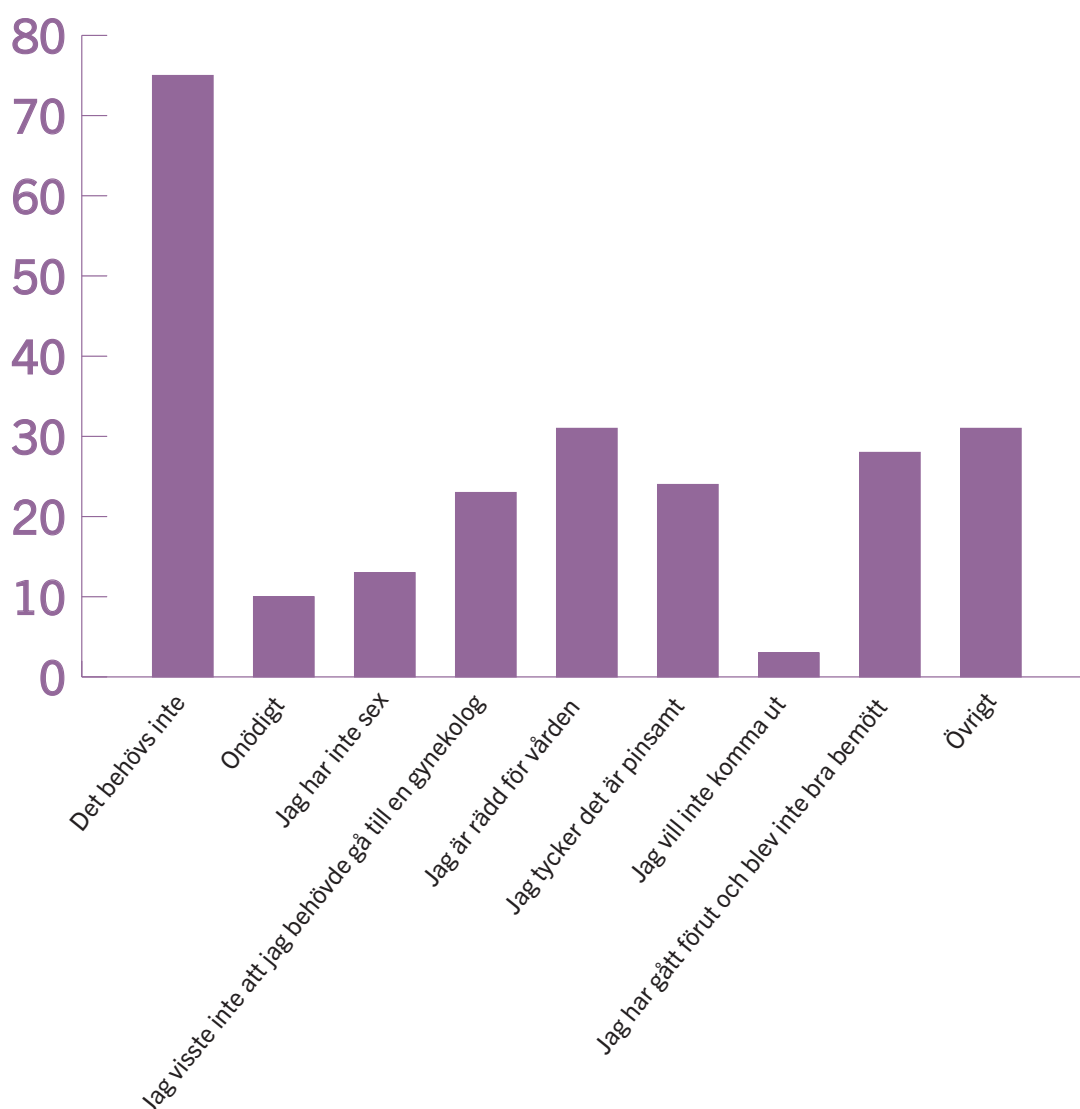
Det är 804 som svarat på frågan om de besökt gynekologen någon gång varav 723 svarade "ja", 64 svarade "nej, har inte haft behovet" och 17 personer angav "nej, jag vill inte". En följdfråga på det var hur ofta man besöker gynekolog och det var totalt 744 som svarade på den frågan. 6 personer besöker "var tredje månad" och 9 gör det "var sjätte månad". 38 går "var tolfte månad" och 72 går "vartannat år". Näst största gruppen består av 203 som går mer sällan än "vartannat år" och största gruppen som består av 416 personer går "vid behov". Vilket är något som många även nämner i fritextsvaren, att man bara uppsöker när man verkligen behöver vård samt att vården bara vill att man söker vård när det finns symtom eller ett verkligt behov finns. Det problematiska med detta är när målgruppen inte fått information om vad de kan göra hos gynekologen samt fördelar med regelbunden testning av könssjukdomar. Flera nämner att de inte vet hur överföring av könssjukdomar går till samtidigt som många skriver om hur vården inte kan bidra med den kunskap målgruppen behöver om hur könssjukdomar överförs mellan två kvinnor. En person svarar så här:

En barnmorska sa till mig när jag var i tonåren och testade mig för klamydia, och när jag sa att jag hade haft sex med en tjej sa hon att det inte räknas, det överförs inte mellan två kvinnor. Det satte sina spår på många sätt, att bli så osynliggjord.

En ytterligare följdfråga var riktad till de som inte besökt gynekolog, om vilken eller vilka anledningar som låg bakom det beslutet. Det fanns några förfyllda alternativ att välja mellan samt möjlighet att skriva eget. Flera hade svarat mer än ett alternativ, vilket innebär att detta material har delats upp och sorterats efter de olika kategorierna. Men några dubbelsvar stack ut och det var bland annat de som svarat "jag har fått förut och inte blivit bra bemött" samt "jag är rädd för vården", vilket visar på hur ett besök inom vården kan komma att försvåra för kommande besök.

Många som fyller i "det behövs inte" svarar även att det är "onödigt", "jag har inte sex" eller "jag är rädd för vården". Flera som fyllt i "jag visste inte att jag behövde gå till gynekologen" har även fyllt i "jag tycker det är pinsamt", "jag är rädd för vården" och "jag har gått förut och inte blivit bra bemött". Totalt blev det 238 svar och nedan ser ni diagram över hur målgruppen svarat.

Om du inte besökt gynekolog, hur kommer det sig? (Kryssa för det eller de alternativ som passar dig och/eller fyll i eget förslag nedan)



Det allra vanligaste svaret var "det behövs inte" med 75 svar. Sen var det 31 personer som svarat att "Jag är rädd för vården" eller fyllt i egna förslag. Det innebär att 13 % har svarat att de är rädda för vården. De som fyllt i "övrigt" har bland annat undvikit gynekolog för att de inte har "kvinnligt underliv" och söker då annan slags vård. Andra har svarat att det är "svårt att veta hur man söker sig dit", att "det är svårt att få tid" eller att man "bara skjuter upp besöket". En "vill inte behöva förklara sig", en "vill bara träffa kvinnlig personal med hbtqi-kunskap" och några skriver om "rädsla för att det ska göra ont att genomföra en undersökning" och därför undviker man besöket helt.

Nästa stora grupp består av 28 personer som besökt gynekolog tidigare men inte blivit bra bemötta och därmed slutar att besöka gynekolog. Precis som ovan är detta ett tydligt exempel

när erfarenheter stannar kvar och sätter sina spår. 24 tycker det är "pinsamt" och 23 personer "visste inte att de behövde gå till gynekolog". Det är 13 som tycker det är "onödigt" och 10 personer har svarat "jag har inte sex" och undviker därför att gå till gynekolog. Endast 3 personer svarade att de "inte vill komma ut" och därför går de inte till gynekolog. En person i djupintervju svarar så här på samma tema:

Har hört flera berättelser om hbtq-kvinnor eller afabs som blivit hemskt bemötta av gynekologer, t ex fått höra att de är oskulder för att de inte haft penetrerande sex med en man. Det gör det avskräckande för mig att gå till gynekologer som inte har uttalad hbtq-kompetens.

Många berättar hur påverkad man blir av att höra om andras erfarenheter och hur det påverkas ens egna förmåga att söka vård, även vid de fall då man har saker man behöver kolla upp och få hjälp med. En annan sak som många berättar om hur frustrerande och jobbigt det är att få frågor under själva undersökningen. När man är avklädd och gynekologen har sina händer eller verktyg inuti en, att en sådan situation redan från början är extra sårbar och bokstavligen naken, och att då få frågor om man har en man eller går på p-piller kan skapa minoritetsstress som är kvar flera år senare. Ett avslutande citat som tar upp något som flera andra deltagare också skrivit om kommer här:

Upptäckte i min journal på 1177 att en tidigare gynekolog skrivit in att jag har en relation med en annan tjej. Förstår inte riktigt hur det hör hemma i min vårdjournal. Förstår att personen säkert gjort det med en god intention, men känns rätt integritetskränkande. Undrar om man skriver in liknande grejer för heteros...

Detta framkom i både djupintervjuerna och upprepade gånger i enkäten och det är svårt att förstå syftet med varför man skriver in någons sexualitet i journalen, när det kanske snarare är relevant vilken sexuell praktik man har när man är hos gynekologen eller testar sig.

Både i djupintervjuerna och i enkätstudien förekom frågor om könssjukdomar och hiv, men där fokus skiljde sig lite. I djupintervjuerna handlade frågorna om vad deltagarna kände till om överföring av hiv och könssjukdomar, samt vad de vill lära sig mer om. Det som stack ut bland respondenterna var de deltagare som var unga när hiv kom till Sverige, att de minns den tiden, skräcken och hur det drabbade hbtqi-communityt. Utöver det hade man inte särskilt stor koll på andra könssjukdomar eller hur det överförs. Det fanns också en uppfattning hos de personer som varit aktiva inom communityt på olika sätt inom exempelvis RFSL eller RFSU, att de borde ha bättre koll än vad de har. Men den samstämmiga inställningen till detta område var att man önskade att man hade mer information, framför allt vad det gäller överföring mellan kvinnor. Så här svarar en person på vad hen kan om testning och överföring av könssjukdomar och hiv:

Inte så mycket, jag har testat mig en gång. Visste inte ens att jag liksom behövde testa mig om jag inte haft sex med män mer än en gång. Alltså jag har liksom inte fått någon information alls.

Detta är något som de allra flesta instämmer i, att man känner till att vissa könssjukdomar finns och att man kan testa sig, främst via urinprov, men att kunskapen tar slut där. Flera har inte ens funderat över hur det överförs mellan kvinnor utan bara utgått från att det är mer säkert sex

än att ha sex med män. Vilket visserligen stämmer, men det blir fel när man tänker att det inte överförs alls mellan kvinnor. En annan deltagare svarar följande:

Jättedålig koll, vet att hiv överförs via blod.

Den kunskapen gäller samtliga deltagare, att hiv finns i blodet och att man testar sig via ett blodprov. Vad det gäller övrig testning för könssjukdomar är det några som fått göra urinprov i sin ungdom, men att man inte har mer koll än så på överföringsmöjligheter vid olika sexuella praktiker. En sammanfattning från djupintervjuerna är att de allra flesta önskade mer information om könssjukdomar och överföringsmöjligheter vid sex mellan kvinnor. Samt att man var medveten om att det här var information som man borde ha fått, men som man av olika anledningar blivit utan. Så här svarar en person angående testning och kunskap man blivit utan.

Jag har flera gånger fått argumentera för att få lämna prov för könssjukdomar, speciellt för hiv (vårdpersonal tyckte inte jag va i riskgrupp) och mykoplasma (trots att jag hade haft sex med en person som testat positivt). Om jag inte aktivt säger att jag vill testas för allt är min upplevelse att vissa vårdpersonal bara skulle ge mig vaginalt klamydiatest och inget mer. Det får mig att känna mig krånglig när jag behöver be om fler sjukdomar och fler kroppsöppningar. Manliga vänner berättar att de bara dyker upp och blir erbjudna att testas för allt överallt på en gång. Det tog mig många år att ens få veta att orala och anala prov existerade.

Detta är också ett bra exempel på när vårdtagarens kunskap krockar med den kunskap som vårdgivaren har/vill erbjuda. I vissa fall är det vårdtagaren som känner till saker och som deltagaren ovan formulerar sig, behöver tjata för att få tillgång till vård den har rätt till. Detta är också ett tydligt exempel på ojämlik vård, där män enligt personen ovan har lättare att få testa sig för de saker de vill.

I enkätstudien finns fyra frågor om könssjukdomar, en fråga om vilka sjukdomar man testat sig för, en följdfråga på hur ofta man testar sig och den tredje är riktad till de som aldrig testat sig och vilka anledningar som ligger bakom det. Den fjärde frågan handlar om deltagarna haft herpes och/eller kondylom. Just herpes och kondylom är inte något som man vanligtvis testar sig för, utan det är sjukdomar som man kan få olika symtom av, som många har latent och som de allra som är sexuellt aktiva kommer komma i kontakt med. Så den frågan var främst för att få en uppfattning om målgruppens kännedom om sina egna erfarenheter, men också för att få en uppfattning om hur utbredd dessa två sjukdomar kan vara i målgruppen. Detta ger såklart inte en heltäckande bild av hela målgruppen, men det visar på att det finns inom målgruppen och kan överföras mellan kvinnor. Det är flera som uppgett flera olika alternativ, vilket innebär att totalen överstiger 812. 636 personer svarade "nej" och har inte haft någon av sjukdomarna, 53 har haft "herpes runt könet" och 82 har haft "herpes runt munnen". Det fanns även ett alternativ som var om man haft "herpes runt både mun och kön", vilket 9 personer kryssat för. Utöver det hade ett gäng kryssat för både alternativet för "herpes runt mun" och "herpes runt kön", och i vissa fall även "kondylom". Totalt var det 21 stycken som haft flera av sjukdomarna och på flera ställen i kroppen. 45 personer har haft "kondylom".

När jag testade mig för könssjukdomar flera ggr pga att jag hade många sexpartners, både män o kvinnor, kände jag att personen skammade mig. Trots att jag tog mitt ansvar och ville kolla mig för alla inblandades skull.

Vad det gäller testning av könssjukdomar efterfrågades svar om "klamydia", "gonorré", "syfilis", "hiv", "mykoplasma" och "hepatit b" och "hepatit c". För att underlätta läsning samt för att få en överskådlig blick över målgruppens svar kommer här ett diagram.

STI	Testat mig för en gång	Testat mig för flera gånger	Aldrig testat mig för	Ej relevant för mig	Jag visste inte att jag behövde testa mig
Klamydia	230	353	165	53	9
Gonorré	177	212	284	64	18
Syfilis	161	147	338	68	27
Hiv	244	205	252	59	16
Mykoplasma	134	104	364	67	58
Hepatit B	173	138	330	69	35
Hepatit C	172	134	333	66	37

De könssjukdomar som allra flest "testat sig för en gång" är "hiv" och "klamydia" och det är även "klamydia" som målgruppen främst "testat sig för flera gånger". Därefter är det "gonorré" och "hiv" som man "testat sig för flera gånger". Jag gjorde även en jämförelse mellan lesbiska och bisexuella kvinnor där det visade sig att det var fler lesbiska som "aldrig testat sig" eller "testat sig en gång" för "klamydia", i jämförelse med gruppen bisexuella kvinnor där en större mängd "testat sig flera gånger". När man jämför samma grupper är det nästan dubbelt så många bisexuella kvinnor som lesbiska som "testat sig flera gånger" för "hiv". Vad det gäller könssjukdomar som man "aldrig testat sig för" är det främst "syfilis", "hepatit C" samt "hepatit B". Den könssjukdom som flest "inte visste att man behövde testa sig för" var "mykoplasma", "hepatit C" och "hepatit B".

Att man kryssat för alternativet att det "ej är relevant att testa sig för en könssjukdom" behöver inte vara fel, för det vet man ju bäst själv vad som stämmer med ens liv och sexualvanor. Dock har det framkommit via både enkätstudien och djupintervjuerna att målgruppen saknar kunskap om hur könssjukdomar överförs mellan KSK. Det kan handla om att man inte vet vid vilka sexuella praktiker det är som mest risk, att det går att överföra könssjukdomar första eller sjuttonde gången man har sex, att det går att överföra utan att man ser några symtom eller att man själv kan ha symtom som inte märks. Så om det är en ren kunskapslucka gällande överföring vs. sexuell praktik, det är då det blir en fråga om rätten till jämställd hälsa för målgruppen KSK.

En följdfråga om könssjukdomar handlade om hur ofta målgruppen testat sig och där har 800 svarat varav 183 "aldrig testat sig för en könssjukdom". 169 har en rutin av att de "testar sig efter varje ny partner" och 8 testar sig "var tredje månad". 12 testar sig "var sjätte månad" och 24 "var tolfte månad". Totalt är det 404 som "testar sig mer sällan så".

Det var 247 som svarat på frågan om varför de aldrig testat sig för könssjukdomar, vilket är några fler än de som kryssade för på frågan innan att de aldrig testat sig. Varför det skiljer sig är svårt att säga, men det var också möjligt att uppge fler svar vilket innebär att svaren sorterats efter respektive kategori. Det alternativ som fick flest var alternativet "det behövs inte" med 90 svar. 58 valde alternativet "jag har inte sex på det sätt där könssjukdomar överförs" och 50 hade fyllt i egna exempel under "övrigt". De allra flesta som svarat under "övrigt" var för att de hade "långa monogama relationer" eller "bara haft sex med en eller ett fåtal personer". En del

svarade att "det är svårt att veta hur man gör eller var man går", att man "försökt och blivit nekad" eller att "man inte direkt haft behovet". Flera skriver att de "såg själva sexet med kvinnor som ett skydd i sig och att man inte tänkt på att det ens var ett behov man skulle ha". Några svarar också att de "inte vet hur stor risk det är för överföring", att man "inte haft några symtom och därför inte testat sig" eller att man "inte haft sex med några som haft några könssjukdomar". En person svarar på följande sätt:

Jag har försökt men fått svaret att utan symtom behöver jag inte testa mig.

Här har vi återigen ett exempel när vårdgivarens bristfälliga kunskap krockar med vårdtagaren som tagit sig dit för att sen bli nekad, på felaktiga grunder. Flera könssjukdomar ger inga symtom alls oavsett vilket kön man har och det borde all vårdpersonal känna till.

47 personer svarade att de "inte visste att de behövde testa sig", vilket säger något om hur information om överföring av STI nått målgruppen. 35 "har inte sex" och därför inte testat sig, 14 personer tycker att "det är onödigt" och 11 tycker att "det är pinsamt". Det är 7 som "gått förut och inte blivit bra bemött" och 7 som svarat att "de är rädda för vården". Även om dessa svar fick minst antal svar utöver "jag vill inte komma ut" som fick 0, så visar dessa svar att räds- la och dåligt bemötande finns inom vården. Mer om detta kommer längre fram i rapporten.

Under arbetet med rapporten har jag försökt ta reda på hur olika instanser rapporterat in överföring av olika könssjukdomar mellan kvinnor som har sex med kvinnor. Beroende på vilken sjukdom det gäller är det olika överföringsvägar som är mer eller mindre förekommande. I kontakt med Smittskydd Stockholm, de som ansvarar för att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar mellan människor och som för all statistik över testning av könssjukdomar och andra sjukdomar, svarade de följande när jag efterfrågar siffror för KSK:

Det är försvinnande få som rapporterar smittväg KSK, därav bristen på bilder/siffror. Frågan är om det ens går att få ihop procenttal.

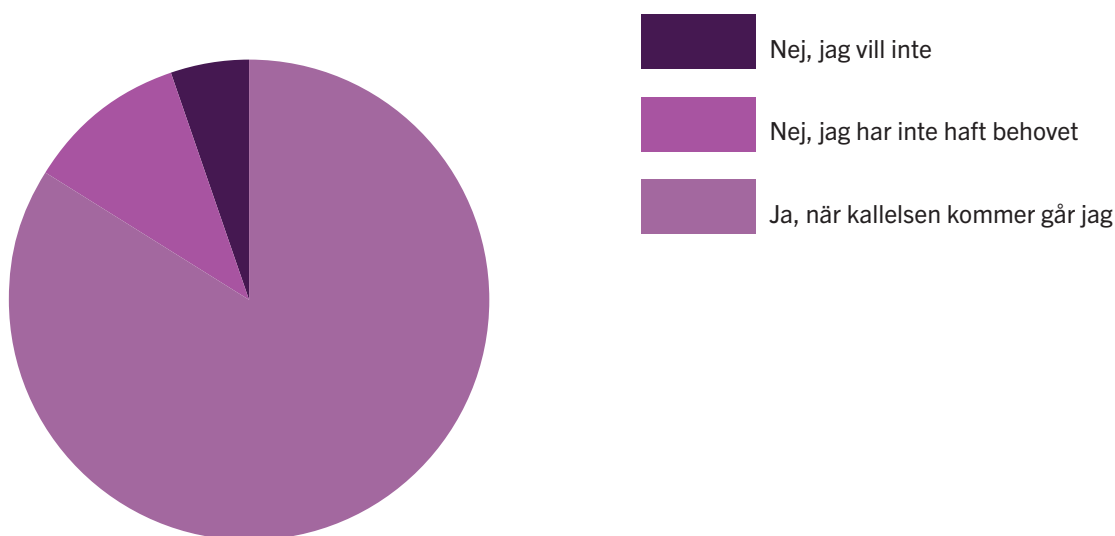
Det är svårt att veta vad det är som gör att de har så få siffror registrerade och det kan ligga flera faktorer bakom det. Dels kan det vara att målgruppen inte testat sig i den utsträckning som de kanske borde, dels kan det handla om att målgruppen vid testning inte uppger att de är KSK när de testat sig. Beroende på hur anamnes tas så är det olika information som förekommer. En del kliniker frågar efter sexualitet, andra om sexuell praktik och en del har en mer omfattande anamnes som inkluderar sexuell praktik, sexualvanor, slemhinnor som varit i kontakt med andra och vad man identifierar sig som. Oavsett metod skriver den som testat ner det som personen själv beskriver, och vid de fall det är positivt rapporteras det in till Smittskydd Stockholm. Om man då väljer att inte nämna att man är kvinna som har sex med kvinnor, blir man då tolkad som heterosexuell. Vilket några uppger i enkäten som deras taktik för att få tillgång till all slags testning utan att behöva förklara eller försvara sig. Det säger sig självt att det är problematiskt att målgruppen inte känner sig trygga nog med att berätta om sina sexuella erfarenheter för att inte gå miste om vård, men också för att statistiken påverkas och blir snedfördelad. Jag har fått ta del av siffror från Smittskydd Stockholm som visar hur målgruppen testat positivt för klamydia, gonorré och syfilis mellan 2012–2021. Totalt är det 4 personer som testat positivt för syfilis, 12 för gonorré och 236 för klamydia. Vad det gäller Folkhälsomyndigheten gör de ingen kartläggning gällande överföring av könssjukdomar och hiv mellan KSK, men planen är att de

ska börja med det under årets gång och att det kommer finnas siffror under 2023. Könssjukdomen trichomonas är inget jag frågade efter i den här enkäten, eftersom den är så pass ovanlig i Sverige. Men det har under året bekräftats fall av trichomonas som överförts mellan KSK. Så nu är vår förhoppning att den informationen sprids till övriga vården.

Vad det gäller gynekologisk cellprovtagning så är det något som alla med kvinnligt personnummer blir kallade till efter att man fyllt 23 år. Vid en sådan provtagning topsas man nederst på livmodertappen och testet analyseras för att se om man har cellförändringar eller inte. Dessa cellförändringar kan på sikt utvecklas till livmoderhalscancer, vilket innebär att provtagning ger ett skydd mot livmoderhalscancer. I enkäten finns det fyra frågor i enkäten; om man tagit cellprov, om man fått hemtest för cellprov, om man tagit cellprov och haft cellförändringar samt om man inte tagit cellprov och vilka anledningar som ligger bakom det.

Cellförändringar kan man få om man haft kontakt med könssjukdomen HPV, Humant papillomvirus. HPV är en väldigt vanlig könssjukdom med flera hundra stammar, varav några kan ge cellförändringar som på sikt kan utvecklas till exempelvis livmoderhalscancer. I de allra flesta fall läker det ut av sig själv, men i vissa fall kan det utvecklas till livmoderhalscancer. HPV kan överföras mellan alla kön och vid alla sexuella praktiker, vilket innebär att alla som blir kallade bör gå, i förebyggande syfte. Oftast får man inga symtom alls av HPV, förutom några stammar som ger vårtor vilket också går under namnet kondylom.

Har du tagit cellprov?



På första frågan om man tagit cellprov är det 801 personer som svarat varav 672 kryssade för att "ja, de går när kallelsen kommer". Det motsvarar nästan 84 % av de som svarat på enkäten. Resterande har svarat "nej" där 89 "inte har behovet" och 40 personer "inte vill". Resultatet syns i diagrammet här ovan. Så här svarar en person om sitt test som blev avbrutet:

Gången då jag inte kunde genomföra mitt cellprov pga fruktansvärd smärta så fick jag kommentaren: "Du har väl haft sex?" av vårdpersonalen på ett lite dömande vis & då fick jag lite skämmigt svara att "Nej, det har jag inte".

Att det ska göra ont att ta cellprov är det många som är oroliga inför sitt första test, vilket gör att man drar sig för att gå när man blir kallad. En del är rädda för själva undersökningen och att den ska göra ont eller att man inte vet hur själva ingreppet ska gå till. Man är också rädd att i dessa situationer behöva förklara att man är KSK eller att frågor om sexuell praktik ska komma. Här nedan beskriver en deltagare sin upplevelse av cellprov och hur vårdpersonal agerade.

Jag hade önskat att hon inte tagit för givet att jag hade haft sex. Och inte heller att sex bara är penetrerande sex. Vore bättre med en öppen fråga om man haft en sexuell relation eller om man har haft penetrerande sex. Inte utgå ifrån ett heterosexuellt perspektiv helt enkelt.

I dessa situationer hade samtalen och bemötandet från vårdens sida blivit något helt annat om man tagit en anamnes från början och inte gjort några antaganden om personens sexualvanor på något sätt. Dessutom inte ta för givet att sex är detsamma som penetrerande sex med en man eller att ett cellprov går smärtfritt bara för att man haft penetrerande sex.

Under pandemin fick man hem självtest för cellprovtagning i stället för att bli kallad till en mottagning, vilket vi ville undersöka om målgruppen fått hem dessa och hur de ställt sig till det. Av de 802 som svarade på frågan hade 405 "inte fått hem några test", vilket enkelt kan förklaras med att det inte var dags för test. 276 har "fått hem testet och tagit det" och 121 har "fått hem testet utan att ta det". En jämförelse mellan lesbiska och bisexuella kvinnor visar på att det var 7 % fler lesbiska som tagit självtestet än bisexuella kvinnor. De som fått hem och tagit det berättade i djupintervju att det var en smidig upplevelse och många föredrog det framför att gå till en mottagning. En anledning till att man inte tagit testet själv var att man var osäker på hur man skulle göra, om testerna var tillräckligt säkra och att man var rädd för att göra fel. I kontakt med de som ansvarar för testerna visar det sig att dessa tester är otroligt säkra, att det är nästintill omöjligt att göra fel och att skulle testet inte innehålla tillräckligt mycket material för analys kommer man få hem ett brev med den informationen samt en kallelse till en ny provtagning. I kontakt med personer ur målgruppen via fokusgrupp och i djupintervjuer kunde denna information spridas, men det skulle underlätta om det kom med tydligare information med själva testet. Så kanske det skulle leda till att ännu fler tog självtest.

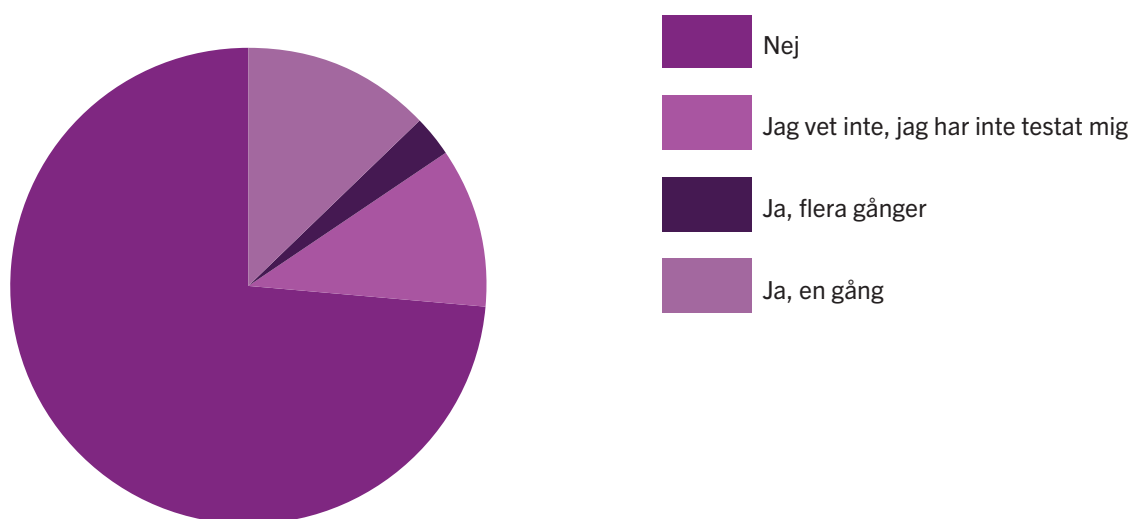
I djupintervjuerna pratade vi om hur cellprov går till och om deltagarna tagit testet. Alla 15 visste hur testerna gick till, kände till hela processen och några hade fått självtesterna och tagit det med, även om de varit mer osäkra på den sortens testa. De allra flesta av deltagarna gick regelbundet på sina tester nära kallelserna kom. Men en person hade blivit nekad, våren 2021:

Alltså jag har fått hem sådan där kallelse och bara skjutit på det gång på gång, för du vet, jag gillar inte att gå till gynekolog och så kanske dom kommer fråga om jag har en kille och det känns bara jobbigt. Men så fick jag hem en kallelse och jag bestämde mig för att jag skulle gå, jag hade blivit stärkt av både min bästis och min tjej. Och jag har ju barn nu, så man vill ju veta. Så när jag äntligen kom iväg och skulle ta mitt första testa så fick jag inte. Eftersom jag bara har haft sex med kvinnor fick jag inte genomföra cellprov. Vilket kändes dumt med tanke på hur jag laddat och alla sagt hur viktigt det är att gå.

Flera personer som deltog i djupintervju berättar att de också fått höra att de som bara haft sex med kvinnor inte behöver gå på sina kallelser för att ta cellprov. Något som kan bero på att man fått felaktig information från vården eller att man inte känner till hur HPV överförs. I fallet ovan lig-

ger ansvaret på vårdpersonalen som gjorde fel i att skicka hem någon baserat på sexuell praktik. Vidare frågade vi målgruppen om de haft cellförändringar en eller flera gånger vilket 768 svarade på. Diagrammet här nedan visar på hur målgruppen svarade och när vi jämförde grupperna lesbiska och bisexuella kvinnor visade det sig att bisexuella kvinnor i större grad både "haft förändringar en gång och flera". 564 personer hade "inte haft några cellförändringar" och 83 "visste inte eftersom de inte testat sig". 99 har svarat att "de haft cellförändringar en gång" och 22 personer har "haft cellförändringar flera gånger". Sammanlagt är det alltså 121 personer som haft cellförändringar vilket motsvarar nästan 16 % av deltagarna. Att så pass många haft cellförändringar en eller flera gånger krockar med den del av målgruppen som upprepade gånger fått höra av vården att de inte behöver testa sig. Detta visar också på vikten av att ny kunskap når målgruppen för att fler ska testa sig regelbundet och därmed förhindra utveckling av livmoderhalscancer.

Om du tagit cellprov, har du haft cellförändringar?



Sista frågan om cellprovtagning riktar sig till den delen av målgruppen som inte testat sig och vilka anledningar som ligger bakom. Vi gjorde en jämförelse mellan målgrupperna lesbiska och bisexuella kvinnor och det var 5 % fler bisexuella kvinnor som tagit testet i jämförelse med lesbiska. Vad det gäller svarsalternativen fanns det nio färdiga alternativ att välja mellan samt en möjlighet att fylla i egna anledningar. Enligt 21 personer "behövs det inte" och 17 personer hade kryssat för att de "gått förut och inte blivit bra bemötta" samt att de "inte visste att de behövde ta cellprov". 16 personer är "rädda för vården" och 11 människor "har inte sex på det sätt som HPV överförs" och "tycker det är pinsamt". Det är 9 som "inte har sex", 1 "tycker det är onödigt" 1 "vill inte komma ut". Sen är det 60 personer som fyllt i "övrigt" varav en större grupp "glömmer bort", "inte kommit sig för", "inte prioriterat" eller "inte hunnit med att gå". Några få svarade att de "fått hemtest men inte gjort det utan skulle hellre gå till en mottagning", medan andra svarat att de "gjort hemtest och avstår från att gå till vården". En annan mindre grupp är "rädda för smärtan", samt "tycker det är obehagligt", "utlämnande" och "blottande". Några har ännu "inte blivit kallade på grund av sin ålder" och en grupp har "inte gått för att de inte har en livmoder". Sista gruppen "väljer bort att gå på sina kallelser för att de inte vill tas för givet att de är heterosexuella eller behöva förklara sin sexualitet, sexuell praktik eller varför de är sexuellt aktiva utan att de blir gravida".

En fråga i enkäten handlade om fertilitetsrelaterad vård, vilket flera påpekade både under övriga kommentarer och i olika fritextsvar att de ville ha fler frågor om ämnet samt att det var alldeles för lite fokus på just familjebildande. Som siffrorna nedan kommer visa var det mer än hälften som inte sökt fertilitetsrelaterad vård, men de som gjort det eller blivit föräldrar på andra sätt hade mycket att berätta om sina erfarenheter. Det är även många som efterfrågar mer kunskap om hur man blir gravid som samkönat par och hur man går till väga med hela processen. Så här skriver en person om deras upplevelse av att skaffa barn.

Processen att få socialstyrelsens godkännande för skaffa barn är så hemskt dålig och stolpig, vår psykolog kunde inte se skillnad på oss ens och blandade ihop oss hela tiden.

I frågan från enkäten var det 806 som svarade på frågan om man sökt fertilitetsrelaterad vård (assisterad befruktning) ensam eller som par och 483 svarade "nej". 237 personer har "sökt som par" och 33 har "sökt som självstående/ensamstående". Det finns även en grupp på 53 personer som "vill söka fertilitetsrelaterad vård" framöver, utan att uppge varför de inte sökt. När man ska söka fertilitetsrelaterad vård finns det en del kriterier som man antingen som självstående eller som par måste få godkänt för. Detta är ett segment inom fertilitetsrelaterad vård som många är nervösa och oroliga över. Att man är rädd att saker som hänt en tidigare i livet kommer att påverka ens förmåga att kunna bilda familj. Allt från ekonomi, ålder, inkomst till hur länge man bott ihop är relevant och så här svarar en kvinna om sin upplevelse med vården:

I fertilitetsutredning med annan kvinna kom många oklara kommentarer om att jag varit gravid innan o varför kan jag inte bara ligga med en man då?

Det är svårt att veta hur man ska kommentera detta uttalande, men att vårdpersonal inom fertilitetsutredning uttrycker sig så till ett samkönat par under pågående utredning kan inte ses som något annat än skandal.

De personer som vill söka denna typ av vård men som inte gjort det, kan hänga samman med att det finns både en nedre och övre åldersgräns för när man får söka denna typ av vård. Dessa gränser kan skilja sig åt lite beroende på var i landet man bor, men de åldrar som brukar gälla är mellan 25–40 år. Vilket är något som nämns i djupintervjuerna från deltagare som velat söka fertilitetsrelaterad vård tidigare i livet, men där lagen inte var på deras sida under deras fertila år. Att de finns olika regler för vilka som får skaffa barn med hjälp av assisterad befruktning kan ha påverkat några som skrivit i olika fritextsvar i enkäten att de ljugit när det kommer till fertilitetsrelaterad vård. Mer än så har personerna inte delat med sig, men man undrar ju vad i processen som krävt att flera personer ska ha ljugit för att komma igenom. En svarar så här:

Ja, jag visste inte riktigt hur det skulle gå till att söka fertilitetsbehandlingar som lesbisk. Osäker på om jag skulle låtsas vara ensamstående för att godkännas för landskapsvård eller erkänna att jag har en partner men sedan mindre än 2 år tillbaka.

Vad det gäller vården man behöver efter att barnet är fött eller vården man måste söka för sina barn så har målgruppen en annan inställning än när det gäller en själv. Flera ur målgruppen har lätt för att skjuta upp vård när det gäller en själv, att man förminskar sina egna behov eller så

struntar man i att söka vård tills det är akut. Men när det kommer till sina barn söker man direkt utan att skjuta på det. Att man gör det handlar om ens barns hälsa och välmående, men det är tyvärr inte detsamma som att minoritetsstressen inte är närvarande vid sådana tillfällen, för det är den. Många uttrycker oavsett ålder på barnet att det finns en oro för hur barnet kommer att bemötas och hur de själva som föräldrar bemöts. En svarar så här:

Oro att inför mitt barn behöva rätta läkare om att det inte varken heter eller finns någon pappa utan att det finns en DONATOR och att det då kan ta fokus från vården till barnet.

Detta är något som förekommer i nästan alla djupintervjuer med deltagare som har barn, att det finns en konstant rädsla/och eller erfarenhet av att vården tar för givet att barnet har en pappa, samt att vårdpersonal har svårt att ändra till det korrekta begreppet donator efter rättelse och information om upplägget. Det hindrar en inte från att söka vård för sitt barns skull, men det finns en medvetenhet om att det kommer ske vissa antaganden i kontakt med vården. En svarar så här på samma tema:

Tror att jag haft det förhållandevis lätt då jag och min partner har en stabil långvarig relation. Det viktigaste för mig är att bli bemött som en "vanlig" familj.

En annan deltagare har en annan uppfattning och erfarenhet av hur vården bemött deras familj vid flertalet situationer:

Jag tror generellt att mödravård och barnavården behöver bli bättre på att bemöta föräldrar som inte tillhör normen. Jag har varit på BVC med min son flera gånger och fått en hel del konstiga och opassande kommentarer av personer som har HBTQ-certifierat sig hos RFSL, (de har haft diplom i sina rum). Att man som vårdnadsgivare inte respekterar om jag som förälder kallar den som donerat könsceller för att vi skulle kunna få vårt barn för "donatorn" under ett besök och då får höra upprepade gånger att personen kallar den för "pappan" det är tröttsamt och respektlöst. Att man också på mvc-kontroller under covid när båda föräldrar inte var välkomna tog för givet att min fru var heterosexuell var återkommande väldigt jobbigt för henne i den situationen. Vid vissa besök ville hon knappt rätta dem, när man är gravid och väldigt känslig är det extra viktigt att vården är extra inkännande och respektfull mot alla typer av människor.

I en sådan situation vore det så enkelt för vårdpersonalen att bara rätta sig efter vad vårdtagaren säger och använda ordet som donator eller fråga efter en persons partner i stället för att förutsätta att någon är heterosexuell. I kontakt med vård kopplat till sina barn är det flera som stött på dålig personal, speciellt kopplat till att den ena personen burit barnet och den andra inte gjort det. En person skriver följande:

Har med båda barnen upplevt kränkande behandling på BB av barnmorskor som antingen helt förbisett eller underminerat samt talat nedlåtande till den ickebärande mamman. Jag har varit på "båda sidor" och varit både bärande och ickebärande.

En annan person svarar detta på samma tema:

På neo/bb ”– Barnet får automatiskt mammans efternamn på banden och mamman är den som har fött barnen. Om något händer tex andningsuppehåll när ni inte är på plats så kommer vi ringa den mamman.”

På BVC ”– Hur lång är pappan? Vilken sjukdomshistorik finns på pappans sida?” Spelar ingen roll hur många ggr vi har förklarat läget eller om det ens är relevant för det vi är på plats för.

Detta citat visar också tydligt på hur vården ser på, i det här fallet, två mammors, olika relation till barnet och hur lätt det är med hjälp av ord att gradera två mammor. Även i det fallet tar deltagaren upp att vården pratat om en pappa i stället för att prata om donatorn, även i fall där det kanske inte ens varit relevant. Detta är något som många föräldrar skrivit om där vårdens frågor ibland tycks handla om deras egen nyfikenhet än det vårdbesöket faktiskt handlar om. En annan mamma svarar detta:

Jag har ibland fått frågan om jag har barn och bara svarat ja utan att specificera att jag inte fött barnet. Jag har efteråt varit osäker på om jag borde specificerat, om det hade betydelse eftersom läkaren frågade.

Vilket är på samma tema om frågorna ställs för att det är viktigt för vårdbesöket och anledningen man är där, eller om vårdgivaren ställer det av egen personlig nyfikenhet. En del vågar ställa motfrågor för att ta reda på syftet, andra svarar av ren rutin och en tredje grupp svarar inte alls eller svarar likt personen ovan. Avslutningsvis kommer ett citat från en mamma och hennes erfarenhet av att söka akutvård för sitt barn.

Det var ju under slutet av pandemin, fortfarande så pass att man inte fick gå in båda föräldrarna, så jag fick gå in med barnet själv till akuten. Och de antog såklart att jag hade en man och eftersom det var så allvarligt så fick jag ringa min partner som skulle få komma in. Och mitt i den här kaosituationen, alltså det var verkligen en akutsituation, så fick jag stå och förklara då hur vår familjekonstellation ser ut och så var det massa skoj om det och lite så här de var nervösa över hur de skulle bemöta oss. Så när min partner kom var de typ så här, är det mamma eller pappa eller är det...? Det var ju verkligen en jätte-akutsituation, det gjorde att jag liksom mitt i storgråt över mitt barn som krampade, det var bara kaos och sen fick man ju förklara det var för varje ny person som kom in och skulle de bara inte kunna informera varandra?

I det här fallet är det tydligt att vårdpersonalen inte gav mammorna ett bra bemötande och valde att lägga fokus på helt fel saker. I detta specifika fall med ett litet barn som krampar är det inte relevant vad mammorna kallas för, utan det som borde vara prioriterat är att barnet ska sluta krampa. Att då skoja om olika sätt att benämna deras föräldraroller kan inte ses som något annat än allvarligt fel. Vidare i intervjun berättade hon om att de tog det vidare till högsta chefen för avdelningen som menade att hen bar regnbågsstrumpor och ett nyckelband med regnbåge på, för att visa att hen är öppen för alla slags familjer... Men så som personalen i detta fall agerade i en akutsituation med fara för barnets liv, visade att de knappast delade chefens värderingar.

Sista blocket i detta kapitel handlar om två frågor om mammografi, något som diskuterades länge med fokusgruppen som bestod av personer ur målgruppen. Mammografi innebär att man röntgar bröstet och används som metod för att hitta bröstcancer i tidigt stadie. Man blir kallad

regelbundet mellan 40–74 år. I en diskussion kom det upp att många KSK tenderar att strunta i att gå på sina kallelser till mammografi, främst med anledningen till att det inte kändes som något relevant för dem. Det fanns en tanke om att man kopplade samman mammografiundersökningar med att man fött och ammat barn, vilket då gjorde det irrelevant för alla som inte haft de upplevelserna. Därför kändes det extra viktigt att fråga om mammografi både i enkäterna och i djupintervjuerna. I djupintervjuerna frågade jag efter deltagarnas kunskap om mammografi och om de känner till processen. De var en handfull som blivit kallad då åldersspannet för att bli kallad är mellan 40–74 år. Men de som blivit kallade hade gått och fått bröstet kollade. Kunskapen om hur det går till var hög och de som ännu inte blivit kallade visste redan nu att de skulle gå senare i livet.

Den första frågan handlar om man blivit kallad och gått på mammografi och där har 799 svarat. 426 har svarat "nej", vilket är mer än hälften av deltagarna. Något som lätt går att koppla till att de främst är personer mellan 21–40 år som svarat på enkäten, vilket innebär att de ännu inte blivit kallade till mammografi. Av de som blivit kallade är det 193 som "gått på mammografi" och 13 som "fått kallelsen men inte gått". 167 har "inte haft behovet än", vilket främst kan tolkas som en åldersfråga än att man själv känner att behovet inte finns. Vi gjorde en slagning på hur det såg ut i olika åldersgrupper, vilket tydliggjorde att målgruppen med rätt ålder för mammografi i allra högsta grad går när de blir kallade.

18. Har du blivit kallad och gått på mammografi? * 7. Ålder Crosstabulation

			7. Ålder								
			15- 20 år	21 - 30 år	31 - 40 år	41 - 50 år	51 - 60 år	61 - 70 år	71 - 80 år	Vill inte uppgä	Total
18. Har du blivit kallad och gått på mammografi?	Ja, jag har blivit kallad men inte gått på mammografi	Count	0	1	2	7	3	0	0	0	13
		% within 7. Ålder	0,0%	0,4%	0,6%	6,3%	8,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
	Ja, jag har blivit kallad och gått på mammografi	Count	0	7	37	99	32	8	10	0	193
		% within 7. Ålder	0,0%	2,6%	11,1%	89,2%	91,4%	100,0%	100,0%	0,0%	24,2%
	Jag har inte behov av det än	Count	16	79	71	1	0	0	0	0	167
		% within 7. Ålder	51,6%	29,3%	21,3%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,9%
	Nej	Count	15	183	223	4	0	0	0	1	426
		% within 7. Ålder	48,4%	67,8%	67,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	53,3%
Total	Count	31	270	333	111	35	8	10	1	799	
	% within 7. Ålder	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Vi tittade även på om det var någon skillnad mellan hur lesbiska och bisexuella kvinnor går på sina besök för mammografi, men det var ingen skillnad gällande sexualitet, utan båda grupper gick i lika stor utsträckning när kallelsen kom.

På frågan om varför man inte gått på mammografi efter att man blivit kallad har totalt 23 svarat och 6 personer har missförstått frågan varav 4 svarat att "de inte blivit kallade" och 2 svarat att "de är för unga för att gå", så dessa svar räknas inte in i summan ovan. Det vanligaste svaret är att "det inte behövs", som 11 personer kryssat för bland de olika alternativen. Det fanns sju färdiga svar att välja mellan samt att man kunde skriva i eget förslag. 4 har fyllt i att "de inte visste att de behövde gå", vilket kan vara liknande situationer som den som kom upp under träffen med fokusgruppen. En tycker "det är pinsamt", en annan "vill inte komma ut" och några har skrivit att "de inte hunnit eller kunnat prioritera det och att det är olägligt och långt att åka". En har "bara blivit kallad en gång och där gick kallelsen ut för att den sköt på besöket så länge" och en annan "försöker skjuta på det tills det slutar vara obligatoriskt" för att den är rädd för vården. En skriver om att "det känns obehagligt" och har avstått därför, vilket också kom upp i djupintervjuerna hos de som ännu inte blivit kallade. Skillnaden där var att de skulle gå så fort de blev kallade, även om de var rädda för själva besöket. De som redan gått en eller flera gånger berättade att de varit mer oroliga innan första gången, men att det bara var något att göra.

TRYGGHET

Både i enkäten och i djupintervjuerna lyftes frågor som handlar om trygghet kopplat till vården; om man känner sig trygg med att söka vård, vad man behöver för en trygg vårdssituation och vad vården kan göra för att skapa en trygg vårdssituation. Inledningsvis är det många ur målgruppen som svarar ja på frågan om man känner sig trygg med att söka vård. De som svarat ja känner sig trygga med att söka vård, träffa ny vårdpersonal och vet hur det går till med ett vårdbesök. Sen finns det en grupp som är osäkra, att det växlar beroende på vilken vård det gäller och att det beror på hur väl man känner till den typen av vård man ska söka. Andra känner oro innan inför ett vårdbesök, vilket blir ett hinder för att söka och att man då drar ut på det. En person svarar så här:

De gångerna jag sökt vård så har de 90 procent av gångerna tagits för givet att jag är heterosexuell. Det kan ibland göra att jag kan dra mig för att söka vård då jag vet att jag kommer behöva förklara mig.

Det finns en grupp som själva arbetar inom vården som känner sig trygga, vet hur det går till och är trygga med att byta plats eller person om det inte fungerar. Resterande svarar nej och ger förklaringar som att de är rädda för att inte bli tagna på allvar, rädd för att personen man möter ska ha fördomar, ska ställa irrelevanta frågor, ge konstiga blickar, döma en, diskriminera en eller att man inte ska bli trodd. Så här svarar en angående sexualitet och hur det påverkar ett vårdbesök.

Ja men till viss del otrygg i när det kommer frågor och familj/partner osv för jag vet inte hur reaktionen blir när jag "kommer ut".

Detta citat visar på något som många återkommer till, att man måste förbereda sig på att behöva ta emot frågor eller vårdtagarens reaktion på ens egna liv och sexualitet. Och att man aldrig kan veta hur bemötande kommer att bli efter att man kommit ut.

Gruppen som svarat nej menar också att de drar sig antingen för att söka vård helt, skjuter på det tills det inte längre går eller att de söker vård trots att egentligen inte vill men där behovet är för stort för att ignoreras. Flera beskriver hur gamla erfarenheter satt sina spår och påverkar kommande vårdbesök på ett negativt sätt, som detta citat:

Nej. Mina erfarenheter av vården de senaste åren har kört mitt förtroende i botten. Jag känner mig nästan alltid otrygg och orolig inför att söka vård.

Att vården är heteronormativ är ett vanligt svar och för att tydliggöra vad som menas så handlar det om att vårdpersonal tar för givet att man lever i en heterorelation, att man behöver komma ut, att det tas för givet att man inte lever flersamt, att man måste förklara varför man inte är gravid trots att man inte går på preventivmedel och att läkare kan tjata om graviditetstest mot ens vilja.

En gång när jag sökte akut vård för smärtor i livmodern blev jag tvingad att ta ett graviditetstest fast jag inte har sex med män. Det var hemskt. Jag sa till sjuksyrran att jag var gay flera gånger och att jag inte har sex med män, men hon lyssnade inte och sa bara jag inte skulle få träffa läkaren om de inte hade tagit ett graviditetstest.

En annan deltagare svarar så här på om den känner sig trygg med att söka vård:

Det beror på. I de fall där det kan ställas frågor om jag har ett förhållande kan jag direkt bli lite obekväm. Inte för att jag själv inte är stolt över att vara en kvinna som lever i ett samkönat förhållande. Utan för att strukturerna ser ut som de gör. Och att det ofta kan komma irrelevanta tillkommande frågor kring det.

Detta återkommer i flera frågor och det är många deltagare som skriver om hur de får svara på frågor om saker som har med deras privatliv, som inte alls har med det man sökt vård för.

Det kan också handla om att ens partner ses som en vän och inte som ens kärlekspartner och/eller förälder till gemensamt barn eller att vårdpersonal ska fråga efter en pappa som inte finns. Nästan alla som uppger att de har barn skriver något liknande som personen nedan, så det är långt ifrån ovanligt att man blir sedd som en del av en heteronormativ kärnfamilj, när man i verkligheten lever ett helt annat liv.

Överlag känner jag mig trygg. Dock tröttsamt att vården ofta förutsätter att jag skulle leva i en heterosexuell relation och ofta automatiskt tror att min fru är en vän istället för min partner och precis lika mycket förälder till våra barn som jag är.

Att ha erfarenheter av heteronormativt beteende gör att en del drar sig för att söka vård och att man känner sig otrygg inför vården baserat på alla frågor man kan få. Det handlar också om att målgruppen känner minoritetsstress innan ett besök, att man är vaksam inför eventuell homofobi samt okunskap och redan innan besöket håller garden uppe. Detta kan också leda till att man varken vill eller vågar komma ut. Vilket är själva essensen med ett heteronormativt beteende, att det ofta krävs att man ska komma ut.

Just minoritetsstress är något som kom upp i varje djupintervju med målgruppen, även om personen som intervjuades inte använde just det begreppet så blev det tydligt för mig som utförde intervjuerna. Att bli utsatt för minoritetsstress eller känna den sortens psykosociala stress kan ske på en mängd olika sätt och det varierar från person till person samt gång till gång hur mycket eller lite man reagerar. Den gemensamma nämnaren för minoritetsstress är att det går att koppla till olika minoriteter, i detta fall gällande sexualitet och kön, samt hur personerna blir bemötta. Även hur de inte blir bemötta kan påverka och resultera i något som kallas för mikro-aggressioner. Många beskriver det som en oro för att man ska bli ifrågasatt, behöva försvara sig eller behöva ta hand om vårdtagarens känslor i olika situationer, vilket såklart påverkar huruvida man känner sig trygg eller inte med att söka vård.

En grupp lyfter fram hur tryggheten kopplas till vikt och det bemötande man får som tjock i vården. Att det man söker för hamnar i skymundan för hur man ser ut och att fokus i stället hamnar på att man borde gå ner i vikt. Detta svar kom så pass ofta att det kändes tvunget att nämnas, och att tjockheten i kombination med sexuell läggning utanför heteronormen gör att många drar sig för att söka vård. En person svarar så här:

De senaste åren då jag sökt vård (psykisk ohälsa, gallstensanfall, utmattning) har besöken också handlat om min vikt, trots att det inte varit relaterat till det jag sökte vård för. Det gör att jag inte längre vill söka någon vård alls. Det har också varit stressigt, jag har fått sitta i korridoren och ta blodprov och på olika sätt fått veta att personalen är mycket stressad. Jag har upplevt att jag stör.

När det kommer till vad målgruppen behöver för att känna sig trygg i en vårdssituation lyfter många att man vill komma rätt direkt, att man får träffa samma person och att man möter en person som har tid för en och inte stressar fram i samtalet. Därefter går det att dela upp svaren i två områden som tangerar varandra. Många skriver att de önskar att man möts av respekt, förståelse, öppenhet, vänlighet och någon som är lyssnar på det man har att säga. Just öppenhet är något som majoriteten av deltagarna efterfrågar för att kunna ha en trygg upplevelse inom vården. Så här kommer två citat på det temat.

Öppet, varmt och nyfiskt bemötande som inte förutsätter läggning, kön, civilstatus etc. Också att vårdpersonalen inte ifrågasätter anledning till att inte skaffa barn.

Så här svarar en annan om vad för slags bemötande man behöver för en trygg vårdssituation,

Att jag känner tillit och förtroende för personen som behandlar mig. Att jag inte blir dömd och kan prata ärligt om min livssituation utan att bli ifrågasatt. Att den som behandlar lyssnar och är öppen. Det flesta har fördomar kring hur lesbiska/queera har sex och det har tyvärr drabbat mig när jag sökt vård.

Dessa citat visar på något som de allra flesta är ute efter när de uppsöker vård, att de slipper försvara sina livsval, att de inte möter motstånd när de kommer ut och att de kan vara sig själva i den mån de själva vill. Att vårdpersonalen är öppen menas med att de ställer öppna frågor, inte reagerar negativt om någon kommer ut och låter personen berätta om varför den är där utan att komma med en quick fix. Många nämner också att de önskar ett normkritiskt bemötande, som i dessa fall handlar om att personalen är medveten om att det finns olika normer som begränsar människors sätt att leva, som exempelvis heteronormen, tvåkönsnormen eller parnormen, samt inte dömer personer som lever utanför dessa normer. Det handlar alltså dels om öppenhet gällande sexualitet och sätt att bilda familj, dels anledningen till att man söker vård.

En del lyfter också fram rent praktiska saker som att det ska vara bra samarbete mellan olika instanser, kommentarer om hur journalföringen ska gå till, att hemsidan är uppdaterad, korta kötider och att det ska vara lätt att boka ett besök.

Det andra området handlar om att man inte vill bli särbehandlad eller annorlunda för att man inte lever heteronormativt, att personalen inte ska ta för givet att man är hetero och/eller lever med en man samt att de har kunskap om hbtqi och inte dömer. Att personen använder ett neutralt språk och har gedigen hbtqi-kompetens är några andra saker som efterfrågas.

Att känna mig förstådd och att jag blir tagen på allvar. Att jag inte blir behandlad annorlunda för att jag är kvinna och/eller bisexuell och/eller lever utanför parnormen.

En annan sak som återkommer är hur personalen reagerar när man berättar att man lever med en av samma kön, flersamt eller något annat normbrytande, och hur viktigt det är att personal inte ställer nyfikna och helt irrelevanta frågor. Många känner sig tryggare med att gå till ställen som blivit hbtqi-certifierade och har synliga regnbågsflaggor uppsatta.

Ett bra bemötande, vårdpersonal som lyssnar in och bekräftar på ett bra sätt. Vid frågor om partner, familjesituation, hur man har sex och sådant känns det tryggt med personer som

har ett öppet och normkritiskt förhållningssätt, att de använder könsneutrala begrepp, ställer öppna frågor mm.

Man önskar också att läkare hade mer koll på trans, personer som säljer sex, öppna relationer och att vara ickebinär. Ett annat ämne som många efterfrågar att läkare och vårdpersonal har mer kunskap om är just relationer mellan kvinnor där många nämner just sexuella relationer och praktiker, och att det är något som man saknar i dagens läge. Om de skulle kunna mer om dessa ämnen blir ansvaret deras och inte patientens, som det nu upplevs som.

Det handlar mycket om att målgruppen som patient vill slippa ta ansvaret och vara den som upplyser och lär vårdpersonalen om hur det är att vara lesbisk, sexuella praktiker, samkönat föräldraskap och så vidare. Man vill slippa både att känna sig kränkt och utsatt samtidigt som det efterfrågas mer kunskap om ens levnadssätt. Att personen man möter är öppen och accepterande är något som de allra flesta skriver något om, vilket är ett tydligt tecken på att man vill bli accepterad för den man är och inte få ett dåligt bemötande för att man inte är heterosexuell.

Jag önskar att vårdpersonal får utbildning inom hbtq frågor och framförallt får en faktisk förståelse för hur våra sexliv skiljer sig ut, vilka risker det medför och liknande. Jag tror att vården då skulle kunna anpassa min vård efter mina behov och vad som hade hjälpt mig när jag uppsöker vården för ett problem.

Vidare handlade en fråga om vad vården kan göra för att skapa en trygg upplevelse. Många av svaren är desamma som redovisats här ovan, men några saker sticker ut och återkommer. Dels är det många som vill ha praktiska förändringar, som att det ska finnas mer personal tillgänglig på plats, att det ska bli enklare att nå sin mottagning och att man får träffa samma person varje gång. Dels att man vill möta en varm, kunnig och öppen person. Någon som har ett inkluderande språk och som exempel ges att man frågar efter pronomen, ställer öppna frågor samt säger partner i stället för man/pojkvän. Man vill möta någon som inte förutsätter att alla är monogama och heterosexuella, eller tar för givet att den man möter är cis eller har en partner som är cis.

Fråga (om relevant) annars inte anta. Sluta anta att alla queers har trauma och mår dåligt också, allting ska alltid problematiseras men min läggning.

Citatet ovan tar upp något som en del lyfter i flera frågor, att vårdtagare har en tendens att ge sexualiteten fel sorts fokus när det inte nödvändigtvis är så. I de fall där sexualiteten är ett problem, orsaker psykisk ohälsa och annat är det såklart relevant att fokusera på det för att få personen att må bättre. Men det blir problematiskt när en annan person, i detta fall vårdgivare, vill problematisera något som inte behövs. Alla dessa faktorer påverkar negativt och gör att målgruppen drar sig för att söka vård eller att man redan innan besöket oroar sig för att något av dessa saker ska ske. Många lyfter också hur kränkande det känns när ens familjebildande ifrågasätts eller att det förutsätts att det finns med en pappa i bilden. Att vårdpersonal ska ha utbildning inom hbtqi-frågor återkommer väldigt ofta och många menar att det behövs inom all slags vård.

Utbilda framförallt läkare i bemötande men alla professioner behöver alltid vara uppdaterade och kunniga inom normkritik och bemötande.

Många skriver att det främst är läkare som behöver vidareutbildas inom detta område och andra tycker att alla som jobbar med bemötande borde gå en utbildning. Vidare så menar en del att en hbtqi-certifiering underlättar och gör att man känner sig trygg från start, andra menar att det viktiga är att vårdpersonalen är tydliga med och signalerar att de kan relevanta saker om målgruppen och hur det är att leva normbrytande. Så här svarar en person:

Kräva att läkare har tillräckliga kunskaper för att kunna ge vård till alla patientgrupper, inte bara straighta cispersoner.

Att kunna saker om hbtqi tycker en del är en självklarhet och att det borde gälla alla, men att det mer handlar om en kunskap om hur det psykiska och fysiska påverkas av att leva normbrytande. Som exempel ges att vårdpersonal borde ha kunskap om det stigma som finns för personer som lever utanför normen och att det kan påverka ens förmåga att söka vård. På samma tema kommer här två citat som handlar om fertilitetsvård och att vara utanför normen:

Uttrycka sig könsneutralt, framförallt. Inom IVF-vård får vi ibland med oss papper hem om att vi inte ska ha oskyddat samlag under pågående process vilket helt klart inte gäller oss. Ha olika blanketter för olika familjekonstellationer?

Gällande deras upplevelse med blanketterna hade det varit enkelt att lösa genom att ha olika blanketter baserat på vilken sorts familj som söker vård. Svårare än så är det inte, speciellt när man inte kan förutsätta hur vårdtagaren kommer att reagera på den sortens bemötande. Som nämnts flera gånger tidigare händer det att folk slutar att gå till vården, upplever minoritetsstress eller skjuter på vård tills det inte längre är möjligt.

Inte förutsätta att de vet vem de möter. Gällande både sexuell läggning och även familjebildning, de behöver vara öppna och lyhörda

Att vara öppen, förutsättningslös och se varje vårdtagare som en enskild individ - samtidigt som man har kunskap om målgruppen är det som allra flest efterfrågar. Detta hänger också samman med att många är trötta på att behöva utbilda vården, att få svara på irrelevanta frågor och att mötet med vårdpersonal kommer att handla om något helt annat än det man sökt vård för. Att vården ska vara öppen och välkomnande för att det ska kännas som en trygg upplevelse är ett återkommande tema, vilket indikerar att målgruppen annars kan känna sig utestängd, ovälkommen och att de inte hör hemma där. Att dessa ord gång på gång upprepas från många respondenter många ger en stark indikation på att vården inte upplevs som att den till för alla, att målgruppen inte känner sig trygga att söka vård, och att de därigenom stängs ute från en viktig samhällelig insats som vården är.

ÖPPENHET INOM VÅRDEN

Ett block på tre frågor i enkäten handlar om huruvida man kunnat vara öppen med sin sexuella läggning i samband med vård eller inte. Frågorna var "När du uppsökt vård: har du kunnat vara öppen med din sexuella läggning/preferens? (Om ja, vad gjorde att du kände dig bekväm med det?)", därefter följdfrågan "Om nej, varför inte? Vad hade kunnat få dig att ändra dig till att vara

öppen?" samt "Finns det tillfällen inom vården som du inte varit öppen med din sexuella läggning även vid tillfällen då det varit nödvändigt?". Beroende på vilken slags vård man söker, kan det vara relevant att berätta om sin sexualitet för den vårdpersonal man möter och vid andra tillfällen är det inte det. Att kunna vara öppen sin sexuella läggning är för många en självklarhet, något som stärker en, gör att man känner sig bekväm med sig själv och att man får visa alla vem man är. Det gör också att man kan känna samhörighet med andra som tillhör samma sexuella läggning och att man får ta del av ett community och ett tryggt sammanhang. För andra hör sexualitet till något privat som man vill hålla för sig själv och som inte är relevant för andra. Ytterligare en grupp vill inte ens identifiera sig som något utan att man bara är. Oavsett hur man ställer sig till hur öppen man vill vara, blir det problematiskt när man själv känner att det finns ett hinder för att kunna vara öppen. Speciellt vid de tillfällen då det är relevant för den vård man söker för.

Vid tematisering av de olika svaren på första frågan blir det tydligt att det finns några olika grupper: de som alltid berättar, de som säger när det är relevant, de som gör det baserat på vilken person de möter, de som inte gör det och de som gör det av ren trots.

Många svarar ja på frågan och tycker det är helt oproblematiskt, att det är något som bara ska sägas och att vi har en lag som skyddar mot diskriminering. Man menar att man alltid ska kunna vara öppen, att vi har kommit längre och att de rättar om någon antar att man är straight. Så länge man är trygg i sig själv och är sig själv så är det inga problem uppger många.

Ja. För att jag är bekväm i mig själv, även om andra är obekväma med mig.

Som i citatet ovan läggs ansvaret i stället på vårdpersonalen. Det handlar om att de inte vill känna sig begränsade och bara vill få det sagt för att kunna vara sig själva. Flera lyfter fram att det är enklare att vara ärlig om vårdpersonalen har ett neutralt språk och är den som frågar efter "partner" i stället för "man" och att det då bara är säga. Om personalen får en att känna sig trygg och bekväm öppnar man lättare upp sig. Detta är också en anledning till att många väljer hbtqi-certifierade mottagningar för att platsen från början känns mer tillåtande.

Ja. Är alltid det trots att det känns obekvämt.

Detta citat är ett bra exempel på de deltagare som är öppna men som inte alltid vill vara det. Många tycker det känns obekvämt, jobbigt, svårt, pinsamt och att man aldrig vet vilka reaktioner det kan resultera i. Man förväntar sig inte heller en god behandling, men gör det ändå för att man vill vara öppen vid tillfrågning. Att de säger det för att göra ett statement, för att normalisera, för att underlätta för kommande patienter eller för att slippa göra graviditetstest när de vet att de inte är gravida eller för att slippa tja om preventivmedel. I dessa fall blir det mer en reaktion än av egen vilja, eller att man är rädd för att få felaktig vård om man inte säger det. Flera bisexuella skriver att de är trötta på att deras sexualitet ses som på låtsas, falsk, påhittad eller att man har svårt att bestämma sig. Vilket innebär att man alltid är öppen fastän man kanske inte vill. Det finns också de som blir satta i heterofacket och som inte alltid rättar. Anledningarna till det kan vara många, men det kan handla om att man inte orkar förklara, inte vill bli utfrågad, rädd för att få sämre vård eller att man är rädd för hur det kommer att tas emot. Det kan också handla om att man inte vill ses som "annorlunda" eller behöva förklara sig.

Jag är bisexuell och lever med en man sedan länge. Så inom vården tror de att jag är hetero, vilket helt ärligt är ganska skönt. Att bli tagen för hetero gör att jag känner mig som en männ-

iska i första hand. När jag var ihop med en tjej kände jag mig alltid som lesbisk i första hand, vilket var jävligt tröttsamt. Folk lyssnar bättre på mig när de tror att jag är hetero. Tragiskt som fan, men skönt för mig...

Detta är något som flera tar upp, hur lesbiskheten blivit i centrum för det man sökt, och i flera fall kopplat till psykisk ohälsa har läkaren skrivit in i journalen att det beror på sexualiteten, när personen sökt för något helt annat än det. Men där tillskrivs sexualiteten och identiteten som något problematiskt, när det inte är så för patienten.

Många lyfter fram att relevans av öppenhet beror helt på situation. Att det är enklare och på ett sätt rimligare att säga det när man är hos exempelvis gynekologen som vill diskutera preventivmedel, än om man söker för halsfluss. Det är främst just testningsmottagningar och ungdomsmottagningar som lyfts fram som exempel på självklara platser, men vård förekommer på betydligt fler ställen än så. I denna grupp hamnar också de som är öppna med sin sexualitet baserat på vilket kön och/eller ålder som personen har som de möter. I den gruppen ingår också de som gör det baserat på hur personen beter sig och således personbundet om det blir sagt eller inte. Detta indikerar att om vårdpersonalen är en öppen och trygg person kommer det fram, möter man det motsatta sluter man sig och struntar i att berätta. Det problematiska i dessa fall blir ju med de personer som har minoritetsstress och som inför varje besök oroar sig, drar ut på att söka vård eller som under sina vårdbesök är redo att frågan ska komma. Vad gör det med ett vårdbesök att hela tiden oroar sig för att när som helst behöva komma ut om man egentligen inte vill det?

Vilket leder vidare till de som hade kunnat vara mer öppna, om vården gjort på ett annat sätt. Något som många nämner i denna fråga, andra frågor och även under djupintervjuerna är värdet av regnbågsflaggor. Att det kan ses som futtigt eller något enkelt, men att det verkligen är av stor betydelse för många. En regnbågsflagga signalerar att det är en trygg plats, att det arbetar personer som ser alla människor som individer och som kan saker om hbtqi-personers sätt att leva och bilda familj.

Man vill känna en trygghet i att vården inte kommer att påverkas eller försämrats om man väljer att komma ut, och man vill inte ses som en som delar med sig för mycket eller säger något olämpligt. Många önskar att vårdpersonal slutar göra antaganden om ens sexualitet baserat på det kön man blir läst som. Just att bli läst som ett kön är det flera ickebinära som också skriver om, att de kan komma ut med sin sexualitet, men att de känner en gräns för att berätta om sin könsidentitet, vilket lägger på ännu ett lager av minoritetsstress.

Tydlig kommunikation om öppenhet så att jag inte behöver vara rädd att bli ännu sämre bemött.

Det som många lyfter är att man vill att det är vårdpersonalen som lyfter frågorna först, så att man slipper vara den som kommer ut i ren trots eller vara den som behöver rätta. Men det kommer också med en rädsla, som nämns ovanför. Det finns många rädslor kring vad att komma ut kan resultera i och man vill bland annat inte ta ansvar för personalens personliga nyfikenhet och svara på frågor. Det handlar också om att man inte vill visa sig sårbar, man har en rädsla för att bli dömd, rädd att fokus ska hamna på lesbiskheten och inte det man söker vård för och att man skäms. Man vill inte heller bli exotifierad, behöva förklara sig, att vårdgivaren ska bli äcklad eller att det ska bli en grej. Det finns också en rädsla över att det ska bli dålig stämning, att heterosexuella kvinnor inom vården ska bli obekväma eller att en läkare till exempel ska visa sitt missnöje med höjda ögonbryn eller annat tydligt kroppsspråk.

Jag har känt mig osäker på om att nämna det ev kunde påverka läkarens inställning till mig.

Det som hade förändrat tillfället och gjort att vårdtagarna känt sig mer bekväma med att komma ut är om vårdgivaren inte utgått från att man är heterosexuell, inte antagit saker, inte lagt ord i munnen på patienten, använt ett könsneutralt språk och haft ett generellt mer accepterande klimat.

Tror aldrig jag har dolt det men däremot låtit bli att berätta när jag inte känt mig bekväm med personen jag möter.

Sista delen i detta block handlar om de som väljer att inte berätta om sin sexuella läggning även vid de tillfällen då det hade varit nödvändigt. Det är över 650 personer som svarat på denna fråga och majoriteten har svarat ett enkelt "Nej". Sen finns det personer som svarat till exempel så här:

Vågar inte säga till min psykolog eftersom han är man och ganska okänslig. Fast det är en stor del av min identitet och mitt liv så vet han ingenting.

Att ett vårdbesök påverkas av att man inte vågar berätta om sin sexuella läggning i de situationer där det är relevant, kan man nästan förutsätta. En person berättar att det känns som att terapeuten inte förstår en och att man höll tillbaka mycket, just för att man inte var trygg med att berätta om sin sexuella läggning. Ytterligare en person berättar hur stämningen blev obekväm efter att hennes sexualitet tagits upp, efter det slöt hon sig fastän hon egentligen ville prata mer om det. En kvinna beskriver hur hon haft flera dåliga erfarenheter kopplat till psykologbesök där bland annat omvändelseförsök förekommit. Det är flera som nämnt att just besök hos psykolog är tillfällen då man undanhåller fastän man egentligen inte vill. Flera berättar om vårdbesök som rör psykisk ohälsa gärna kopplas negativt till ens sexualitet av vårdgivaren, fastän så inte är fallet. I citatet ovan handlar det om att man undanhåller informationen av olika skäl kopplat till kön och egenskaper. Andra berättar att de som yngre undvek att berätta, men att det blivit bättre ju äldre de blivit. Några skriver att de undvikit att de berättat kopplat till fertilitetsbehandling, men skriver inget mer om hur eller på vilket sätt de undvikit att berätta.

En gynekolog jag gick till nyligen babblade en massa om sperma och dess inverkan på miljön i fittan, då sa jag inget om att jag aldrig varit i kontakt med sperma.

Just gynekologbesök är det som nämns mest efter besök hos psykolog och där finns det ett motstånd att berätta om sin sexualitet, speciellt i avklädda situationer. Att just vara naken och mitt i en undersökning är för många en extra jobbig situation att få frågor om man har en kille eller vilket preventivmedel man går på. Då är det enklare att ljuga om sin relationsstatus för att slippa diskussionen. Vissa har haft underlivs-komplikationer och fått uppmaning om att undvika vissa sexuella praktiker som indikerar att de blivit lästa som heterosexuella, i stället för att berätta hur det ligger till väljer de att låtsas vara heterosexuella för att sen leta efter information på egen hand. Detta är ett tydligt exempel på när vården inte är jämställd och när man som vårdtagare inte får tillgång till rätt vård och information på grund av normer som begränsar. Vad det gäller testning för könssjukdomar är det flera som inte rättar när vårdgivaren tror att de är heterosexuella, för att de vill kunna testa sig utan att bli ifrågasatta.

En sexarbetare mörkar både sin sexuella läggning och att den sexarbetar för att slippa svara på följdfrågor.

Flera undviker i största mån alla områden inom vård som kan leda till frågor om sexualitet. En annan berättar att den sluter sig helt om vårdgivaren uppträder fördömande, ifrågasättande eller ser förvånade ut. Att personen är nedlåtande eller ger ett bryskt bemötande påverkar också vårdsituationen negativt och gör att man inte vill berätta. Det är flera som nämner att man väljer att berätta om vissa saker, men undviker att tala om andra. Vissa menar att det är enklare att komma ut som lesbisk än som bisexuell, andra menar att det är enklare att vara bisexuell än pansexuell, en tredje grupp kan prata om sexuell läggning men nämner inget om att de utövar BDSM. Antal sexualpartners är också något som man håller för sig själv, vilket kan bli problematiskt i en testningssituation eller vid smittspårning. Alla dessa situationer är tydliga exempel på när vårdgivarens bemötande styr hur bekväm personen är och hur resten av vårdbesöket kommer att bli. För tydlighetens skull ska det nämnas att flera svarade att de inte tyckte det var relevant att ens prata om sin sexuella läggning, och så kan det vara i flera fall när man söker vård. Det problematiska blir när personen vill känna sig bekväm att prata om sin sexualitet eller i alla fall kunna nämna det när det är relevant, utan att det blir dålig stämning. Eller i de fall där vårdgivaren per automatik förutsätter att personen är heterosexuell och det finns en lucka för personen att komma ut eller inte, i dessa situationer läggs ansvaret på patienten att komma ut och att själv bedöma om det känns lämpligt eller ej. Som tidigare nämnts blir dessa situationer personbundna där patienten läser av om personen den möter kan hantera ett normavvikande beteende eller ej, och vilka konsekvenser det skulle kunna bli om det inte tas emot väl.

VÅRD MAN INTE VILL SÖKA FÖR

Två sammanhängande frågor som återfanns i både enkäten och djupintervjuerna var "Finns det något inom vården du inte vill söka för? Varför/varför inte?" och "Finns det något inom vården du inte kommer söka för igen?", där vi ville ta reda på om exempelvis tidigare erfarenheter påverkat eller liknande. I både enkäterna och under intervjuerna kom svar som handlade om att man blivit äldre och inte längre var i behov av en viss sorts vård, som exempelvis besöka en ungdomsmottagning, fertilitetsutredning eller liknande. Dessa svar har sorterats bort, då de inte känns relevanta att redovisa. Vidare är det många som uppger att deras undvikande av vården inte är kopplat direkt till sin sexualitet, men att det finns hinder av olika slag som gör att man inte vill söka sig till vården. För andra är det just sexualiteten eller queerheten som är ett hinder.

En tydlig trend gällande saker man inte vill söka för tillhör kategorin "pinsamt" som många uttrycker sig och där ingår svamp i underlivet, hemorrojder, mensrelaterade saker och övriga vårdbehov som rör just analen och underlivet. En annan stor del av de som svarat nämner också allt som rör psykisk ohälsa och uppger psykolog, terapeut och kurator. En person sammanfattar det på följande vis:

Allt som har att göra med det psykiska eller underlivet känns skamligt att söka vård för. Det pratas för lite om problem kvinnor kan ha så man känner sig äcklig och ensam med sina problem och därför inte vågar söka vård.

Många beskriver att det är gynekologbesök som det man undviker mest, för att det är läskigt, obehagligt att bli undersökt, att man inte vill bli utfrågad och att man ogillar att visa upp intima

delar av sin kropp. Flera skriver att det är svårt att veta hur det går till, jobbigt, att verktygen känns obehagliga och att man inte vill ha dom i sig. Även här handlar det såklart om att man är rädd för hur man ska bli bemött, vilka reaktioner man kan få om man kommer ut och hur ens sexualitet kan påverka den vård man sökt för. En del nämner också att det känns utlämnande och att man har erfarenheter av underlivssmärta, vaginism och vestibulit vilket sätter stopp för ett besök. Många upplever också en rädsla av att få frågor när man är avklädd under ett gynekologbesök, som om man har en kille eller går på preventivmedel, vilket gör att man i stället undviker att söka den sortens vård. I denna kategori tillhör också de som vill testa sig för könsjukdomar men som inte vet hur eller var de ska söka sig, samt de som är rädda för att de inte vet hur de kommer bli bemötta. Vad det gäller fertilitetsvård är det många som oroar sig för att tidigare erfarenheter av vård ska påverka ens läge. Om man till exempel sökt för psykisk ohälsa innan kan det vara en anledning till att man inte vågar söka fertilitetsvård, ifall det skulle kunna påverka. Några menar att de undviker att söka för psykisk ohälsa ifall det skulle kunna påverka framtida vårdbesök.

En annan grupp svarar att de undviker att söka all slags vård som de själva klassificerar som "små problem" där få beskriver vad det är för typ av vård. Man vill inte belasta vården, ta tid från andra som har större behov eller vara någon som kan vara till besvär. Det handlar också om att man är mån om vårdens resurser och att man inte vill belasta "i onödan". I andra frågor uppkommer även att man är mån om personalen, att de är överarbetade, underbetalda och värda mer – vilket är behjärtansvärda åsikter. Det problematiska blir när man har vårdbehov som man är villig att avstå från eller skjuter framför sig för att man inte vill belasta.

Andra menar att de undviker att söka in i det sista för att man har erfarenheter sedan tidigare som begränsar och skrämmar en från att söka på nytt. Detta gäller framför allt när man sökt vård för psykisk ohälsa/problem där många beskriver att det är något de skjutit på i flera år fastän de vet att behovet finns. Många menar att det beror på att man inte ska bli tagen på allvar, att vården bara vill ge mediciner i stället för samtal och att man inte får den hjälp man behöver trots att man sökt flera gånger om. En i djupintervjun uttryckte att hon efter blivit runtbollad runt till olika instanser nu till slut gett upp och aldrig mer kommer att söka sig till vården gällande psykisk ohälsa. Detta trots att hon vet att hon har starka behov, att hennes nuvarande status påverkar henne och hennes familj och att hon inte mår bra. Men att tidigare erfarenheter påverkat henne så pass mycket att hon inte kan ta sig framåt i vårdkarusellen. Flera beskriver att de inte vågar söka för att de hört om hur andra blivit bemötta vilket haft en avskräckande effekt. Det räcker med att man hört om andras erfarenheter för att det ska få en att inte söka vård, trots att behovet finns. En skriver att den är rädd för att söka vård då det känns som att den "förbrukar" sina gånger de har rätt till vård, vilket gör att den inte kommer söka förrän den inte längre vill leva.

En annan grupp skjuter på all slags vård som innefattar jobbiga undersökningar, provtagning eller bara all slags vård från mammografi till akutvård. Man skjuter på det tills det inte längre går att skjuta på det och tills det blir akut. I den gruppen ingår även personer som inte söker vård på grund av sin vikt, för att man är rädd för att vårdbesöket ska komma att handla om vikten i stället för det man sökt för. Viktigt att poängtera är att denna grupp har saker inom vården de antingen vill eller vet att de behöver söka för, men som de aktivt undviker att söka.

Många svarade även nej på frågan om det finns någon vård man inte vill söka för. Så här svarar en person, som visar en annan sida än det som presenterats ovan.

Nej. Varför inte? Tycker det är en märklig fråga varför jag inte är rädd för att söka vård för något... Jag är en vuxen kvinna som tar ansvar för min hälsa och söker vård när jag behöver göra det, punkt slut typ. Vill inte verka dryg jag är bara rättfram och tycker frågan är märklig. Förstår att ni frågar varför någon _inte_ vill söka vård för en specifik sak men inte varför någon vill göra det?

I ett idealiskt samhälle skulle alla vara lika trygga och bekväma med att söka vård som personen ovan, något som vi hoppas på för målgruppen. Detta tas oss vidare till nästa fråga som handlar om det finns något inom vården man inte kommer söka för igen och där har nästan 500 personer svarat. Detta är alltså personer som en eller flera gånger tidigare sökt vård för något, men där något hänt vilket nu gjort att man inte kommer att söka den sortens vård igen. Precis som ovan är det många som nämner gynekologer och en berättar följande:

Nej men hade en superdålig upplevelse som ung av ungdomsmottagningen. Blev vägrad undersökning för svampinfektion, avvisad i telefon när jag ringde igen med värre besvär och hänvisad till SÖS HBT gyn istället - vilket i slutändan blev bättre men då kände jag mig verkligen som ett "problem" pga min läggning fast det inte hade med saken att göra.

Detta är det flera som berättar om, både i enkäten och under djupintervjuerna, hur de blir hänvisade till specifika hbtq-ställen, trots att man själv inte haft det behovet. Tanken från vårdens sida har förmodligen varit av välvilja och omtanke, men om man sökt för helt andra saker än något som rör ens sexualitet, kan det i stället bli fel som i citatet ovan. Andra menar att de bara kommer besöka hbtq-certifierade gynekologer, annars får det vara. Inom detta område hamnar även alla de som inte vill söka för cellprovtagning, sexuella problem, ändtarmsproblematik, testning av STI, endometrios, menssmärtor, mammografi och fertilitet. Flera beskriver hur deras gynekologer tenderar att tjata om att de skulle börja med preventivmedel, ville ta graviditetstest och inte kunde koppla dessa saker till en stadigvarande relation. Vilket slutligen lett till att man slutat gå till den personen. Andra har haft gynekologer som inte hanterat bra att man inte vill skaffa barn. Gällande testning av könssjukdomar säger en så här:

Typ testning av könssjukdomar om det inte blir superaktuellt. Det känns inte som att personalen heller vet vad som är rimligt att testa sig för när det gäller kvinnor som har sex med kvinnor.

Att någon känner så här gällande testning av STI år 2022 i Stockholm, där vi har tillgång till flera testningsmottagningar, hbtq-certifierade platser och utbildad personal är inget annat än skandal. Det måste ske förändringar och förbättringar för målgruppen.

Även i detta fält var det några som skrev svar kopplade till psykisk ohälsa där en lyfter fram den psykosociala utredningen inför barnskaffande specifikt. Hur "avsaknaden av en kuk i vårt förhållande för oss mindre lämpliga som föräldrar." En annan skriver att psykiatri ligger farligt nära och andra nämner psykisk hälsa och att man hellre vänder sig utomlands.

FÖRBÄTTRINGSMÖJLIGHETER FÖR VÅRDPERSONAL

En av frågorna i enkäten handlade om vad vårdpersonal skulle kunna bli bättre på och där svarade totalt 545 personer. De allra flesta svarade liknande svar och mycket påminner om det

som skrevs under frågorna gällande trygghet i vården. För att undvika allt för mycket upprepning kommer vi inte fördjupa oss i saker som redan nämnts. Inledningsvis svarar en på följande vis:

De flesta är ändå bra. Men de kan bli mer pålästa och inte ha fördomen att kvinnors alla fysiska problem egentligen är psykiska.

Detta är något som förekommer vid flera tillfällen med i olika versioner, att man efterfrågar mer och specifik kunskap gällande kvinnokroppen och sjukdomar, tillstånd och smärtor som kan drabba kvinnor. En annan menar att alla har individuella upplevelser och känslor gällande samma situationer. Det går också att koppla till att så många efterfrågar att bli tagna på allvar. Vidare önskar man mer tid med vårdgivaren, lyhördhet, visa respekt och ha en öppenhet gällande sexualitet, icke-normativa människor och kroppar. Det kommer även förslag som gäller deras arbete: att de ska ge mer information, läsa journalen inför ett möte, snabbare prioritera psykisk ohälsa, remittera till rätt instanser, vara ödmjuk inför egna okunskaper, förstå makt-skillnader mellan vårdinriktning kontra patient, arbeta inkluderande, ge uppföljning av vård och medicinering samt att de ska få både mer resurser och utbildning. Många lyfter särskilt fram att vårdpersonal borde ha särskild utbildning om hbtqi-personer, normkritik, transkompetens, sexuell identitet samt könsidentitet. Flera skriver om att vårdpersonalen hade mer kunskap om hbtqi-personers situation samt särskilt sjukdomar och tillstånd som drabbar hbtqi-kvinnor, skulle vårdsituationen förbättras. I den utbildningen ingår också att man ska lära sig om minoritetsstress samt hur det påverkar i en vårdsituation. En person svarar följande på detta tema:

Vara pålästa om HBTQ+, delvis för att en alltid känner sig dum när en får frågor och svarar att en har oskyddat sex, ej använder preventivmedel och omöjligt kan vara gravid. Polletten verkar aldrig trilla ner.

Till detta hör även att man önskar att vården inte var cis- och heteronormativ, något som citatet ovan är ett skrämmande bra exempel på. Man önskar också att vårdpersonal ska förstå bisexuellas extra utsatthet, säga partner i stället för kille/tjej samt att man vågar ifrågasätta sina egna normer och sitt bemötande. Flera menade skrev också att personal måste få bättre koll på sina fördomar, agerande samt öva på att inte se förvånade eller äcklade ut om någon kommer ut.

En ökad generell kunskap om hbtqi-frågor, inkluderande bemötande, att ställa öppna frågor och inte utgå från saker. Träffade en gyn som inte utgick från att jag var tillsammans med en kille, som ställde öppna frågor om tex penetrerande sex mm vilket var väldigt positivt. Det gjorde att jag kunde slappna av på ett annat sätt under det besöket.

Detta citat visar på hur enkelt ett rätt bemötande kan lyfta hela vårdsituationen för den som söker vård och hur det inte kommer skapa några negativa effekter framöver.

På samma tema är det flera som svarar att vårdpersonal enbart ska fråga om sexualitet och/eller könsidentitet om det är relevant för det man söker vård för. Många har erfarenheter av nyfikna och fördomsfulla frågor kopplat till detta vilket skapar minoritetsstress. Man vill också slippa kommentarer kopplat till detta. En svarar på detta vis, vilket är en bra sammanfattning av det flera uppgett i sina svar:

*En del gyn/barnmorskor borde också bli bättre på att inte lägga in sina personliga värderingar.
En del har ifrågasatt mig för att jag har ett öppet förhållande, eller för att jag inte vill ha barn.*

Gällande assisterad befruktning och föräldraskapet är det många som önskar att personalen hade ökad kunskap gällande hbtqi-familjer och familjebildning utanför normen. Man är trött på att få frågan om var ens man eller pappan till barnet är när man besöker MVC och föreslår frågan "Vilka bor hos dig?" som ett bättre förslag. Flera svarar att man inte vill bli sedd som straight bara för att man har ett barn och en självstående påpekar att den inte saknar erfarenhet av sexuell praktik bara för att den skaffar barn på egen hand. Så här svarar en person där vårdens bemötande fått oåterkalleliga konsekvenser:

Skulle börja äta cellgifter och vågade inte komma ut gör läkaren så jag erbjöds inte lämna könsceller för framtiden. Det var innan embryodonation tilläts så för mig saknades båda komponenterna. Mina könsceller har förstörts av medicinen och jag kan inte få biologiska barn pga detta.

Några få har skrivit att vården måste sluta utgå från alla vill gå ner i vikt, någon önskar en mer holistisk syn på människan och flera skriver att de gärna vill slippa känslan av att de måste slåss för den vård de behöver. Avslutningsvis kommer detta citat:

Inte skriva t.ex "är i en lesbisk relation" i journalen, när de dels inte vet hur jag och min partner definierar oss och dels aldrig skulle skriva "är i en heterosexuell relation" i en journal.

En snälltolkning av detta kan vara att läkaren skrivit så för att nästkommande vårdpersonal ska känna till det och vara beredd på att använda könsneutrala ord som partner och inte fråga efter en man. Det skulle annars vara relevant vid testningstillfällen eller om man söker fertilitetsrelaterad vård, men utöver det förstår jag inte riktigt syftet till varför läkare och psykologer ständigt återkommer till att skriva in sådant i journaler. Vilket sammanfattar det som nämnts flera gånger, lägg vikt och tyngd vid sexualitet vid de tillfällen då det är relevant, och undvik att göra det annars.

Det finns mycket inom vården som måste förbättras och förändras för att målgruppen ska kunna tillgodose sina vårdbehov, som att vårdpersonal ska ha bättre koll på vilka könssjukdomar som kan överföras mellan kvinnor eller att man inte blir nekad att gå på sitt cellprov som KSK. Andra saker som gynekologer borde sluta med är att ställa heteronormativa frågor under tiden som patienten är avklädd och mitt i undersökning, vilket många tagit upp. Att psykologer tar för givet att det är sexualiteten eller frånvaro av pojkvän alltid är roten till psykisk ohälsa är ett annat område som måste förändras. Ju fler mottagningar och vårdpersonal som gör förbättringar, desto större är förhoppningsvis chansen att de som idag inte vänder sig till vården i annat än i nödfall, vågar söka sig till vården på nytt. Om vården själva är mer tydliga med att de är tillgängliga för alla. Sker dessa förändringar är möjligheterna större att målgruppen kommer kunna uppnå jämställd hälsa.

SKAM OCH ORO

I djupintervjuerna berättar flera att de känt skam över sin sexualitet, antal sexpartners, vid testningssituationer och hos gynekologen – men först efter att de mött reaktioner hos vårdgivaren. Det kan vara något gynekologen eller läkaren sagt, ett ansiktsuttryck eller hur den fortsätter ställa följdfrågor som inte alltid varit relevanta för besöket. En har fått höra av sin läkare att hon har så mycket bakteriell vaginos för att hon har sex med så många olika personer. En annan fick höra att hon skulle till en kurator på ungdomsmottagningen efter att hon berättat att hon lever i en öppen relation med flera sexpartners. Andra har skammats för sin sexualitet vilket försvårat förmågan att vara öppen vid andra tillfällen. Fler berättar också att både skam och oro varit något som varit mer förekommande som yngre och att det antingen blivit bättre för att saker tenderar att inte vara exakt lika pinsamma och jobbiga som när man var ung, andra har blivit vana och fått ett hårdare skal. En tredje grupp har dock fått bestående men vilket förhindrat deras resterande vårdbesök även i vuxen ålder.

Ja. Tog mig 2 år innan jag berättade för min psykolog om min sexuella läggning för jag var rädd för reaktionen för har aldrig litat på vården. Vanlig vårdcentral undviker jag för att den jag besöker är homofobisk och frågar frågor som inte ens är relevanta för mitt besök.

I enkäten finns en fråga om man känt skam eller inför mötet med vården, där nästan 600 svarade varav en svarade såhär:

Nej, jag tror inte det. Ev viss oro kopplad till att det ska ta bort fokus från själva åkomsten i ett vårdmöte, om det kommer fram att jag är gay. Oro för att det ska bli konstig stämning om det kommer fram, att vårdgivaren blir obekväm.

Detta svar är talande för hur många svarat både i enkäten och i djupintervjuerna där man först svarar nej för att sen berätta om olika händelser som påverkat en på olika vis och där fokus oftast blir att ens sexualitet på något sätt blir ett hinder eller det som kan resultera i att vårdbesöket inte blir bra. Flera har en tendens att förminska det som hänt för att sen ta på sig skulden ifall besöket inte blir som man förväntat sig eller önskar.

Det vanligaste svaret handlar om gynekologbesök som man känner är en känslig och utsatt situation, där flera också nämner att det är besvärligt med att träffa en manlig gynekolog, något som förekommit i nästan alla frågor ovan som rör gynekologi. Inom samma område är det flera som känner oro inför testning av STI där man inte vet vad man ska fråga efter eller hur man ska förklara varför man är där. Det är en del som också nämner cellprov och anala undersökningar för exempelvis hemorrojder. Flera uppger att de känt skam i samband med en abort där personalen inte tagit emot beslutet om att de vill göra en abort på ett bra sätt.

Ja en del läkare/sjukvårdspersonal är lite heteronormativa så då har jag tyckt att det är jobbigt att förklara att jag ligger med kvinnor. Tex om dom frågar om man är sexuellt aktiv så antar de att man ligger med män.

Även gällande psykisk ohälsa är det många som känner skam, oro men också en stor rädsla för att bli dömd av den man möter. Man är rädd för att vårdgivaren inte ska förstå eller förminska ens känslor. Några områden som nämns gällande psykisk ohälsa är ångest, depression, utmatt-

ningssyndrom och när en psykolog ska godkänna en inför fertilitetsutredning och inför eventuell NPF-diagnos. Så här svarar en angående sin oro gällande möte med fertilitetsvården:

Ja, framför allt i processen med att få hjälp att skaffa barn där vi otaliga ggr blev kränkta av uttalanden som skadat oss som personer och som familj. Ex. överläkare på XXX ”– Det spelar ju iaf ingen roll hur donatorn ser ut för er, det är ju inte som med ett heterosexuellt par, för med er kommer ju alla iaf veta att det inte är ert biologiska barn.

Resterande som svarat på frågan pratar om vården mer allmänt och för en del handlar oron om att man inte vet vem man kommer få träffa och vad som kommer att ske under besöket. Det finns också de som oroar sig för att man inte har tillräckligt svåra problem för att ha rätt till att söka vård, att det alltid finns andra som behöver tiden hos vården bättre. Att man inte kan tillräckligt mycket eller kommer bli dumförklarad är också en oro som flera skriver om, vilket gör att de drar sig länge för att söka vård. Många skriver också att skammen och oron handlar om att man måste komma ut och invänta reaktionen från vårdgivaren.

Jag har ångest inför varje besök att de ska fatta att jag är queer.

Här kan tidigare erfarenheter ha satt sina spår och skapa minoritetsstress, eller så är det en känsla av att vårdgivaren kan reagera antingen positivt eller negativt och att det i sig kan komma att påverka den vård man får. Det är en rädsla som många skriver om, att man hela tiden oroar sig för att ens avvikande sexualitet kan komma att påverka vården man behöver. Vidare på samma tema är det flera som skriver om hbtqi-kunskap inom vården.

Ibland vill en bara ha hjälp och stöd inte behöva utbilda de som arbetar i vården om HBTQI frågor.

Detta är ett återkommande tema där vårdtagaren är den som känner att den måste utbilda vården eller att det blir märklig stämning för att personalen inte kan tillräckligt mycket om hbtqi-kvinnor för att tillgodose målgruppens särskilda behov. Som tidigare nämnts är många oroliga att de ska få sämre vård om det kommer fram att de inte är heterosexuella, samtidigt som många känner skam för att bli sedda som just heterosexuella. Gällande BDSM är det några som känner oro för att få frågor efter synliga märken och liknande, för att man vet att kunskapen om ämnet är låg och fördomarna och missförstånden många. En har i ett möte med psykoterapeut försökt prata om BDSM-relaterade frågor, där hen skammade personen så pass mycket att hon aldrig kommer ta upp liknande frågor igen inom vården. Ett annat exempel på när vårdpersonals bemötande och agerande resulterat i skam är detta citat:

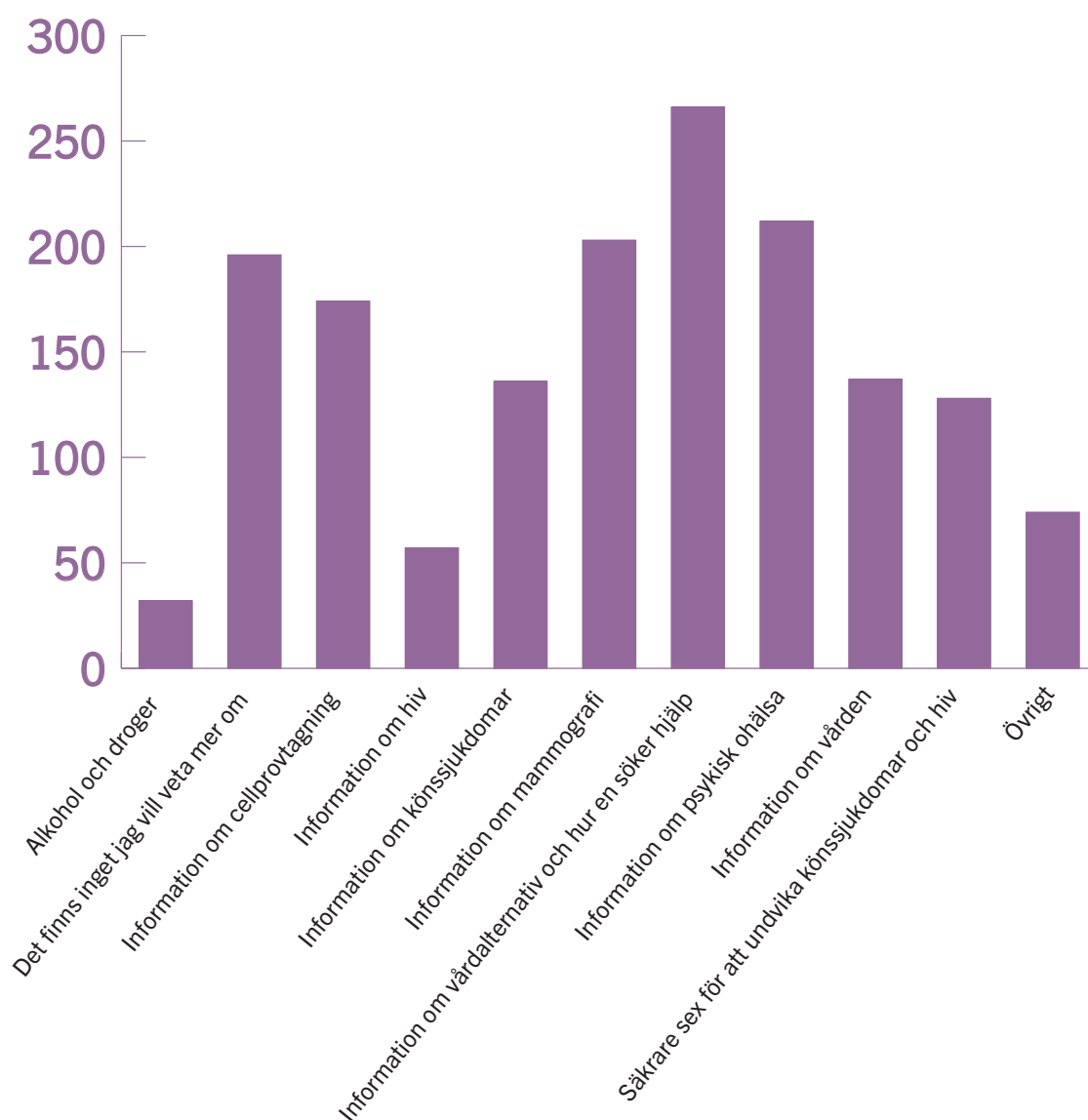
Jag var på XXX för biopsi pga HPV-viruspositivitet och cellförändringar och frågades då om mina sexuella kontakter. Jag var tillsammans med en kvinna då, vilket jag fick berätta vid anamnestagandet, men fick en plötslig kompletterande fråga ”men du har väl haft sex med män också” när jag stod med ett skynke framför underkroppen med blod rinnande ner längs ena benet efter biopsiprovtagningen. Det var inte en bekväm situation och jag tolkade frågans dåliga tajming som en följd av läkarens svårighet och osäkerhet kring hur hon skulle hantera normbrytande.

Detta är ett bra exempel på något som tagits upp tidigare, när läkaren väljer att ställa olämpliga frågor vid fel tillfälle. En enkel lösning hade varit att ställa alla frågor innan avklädning och ingrepp, men också okunskap hos läkaren som förmodligen inte kände till att HPV kan överföras även vid sex mellan kvinnor.

VAD MAN VILL LÄRA SIG MER OM

Den näst sista frågan i enkäten handlade om det finns något mer man vill lära sig mer om och det fanns tio förvalda kategorier samt en möjlighet att fylla i egna förslag. De allra flesta fyllde i minst två svar och många fyllde även i tre eller fyra. Att ta del av dessa svar ger oss viktig information om vad vi behöver göra framöver och vilka områden vi ska prioritera för att stärka målgruppens hälsa. Som diagrammet visar så var det allra flest som ville veta mer om "olika vårdalternativ och hur en söker hjälp", vilket också återspeglas i en fråga ovan som handlade om man vet hur man söker vård. Att så pass många svarat just detta alternativ visar på att det finns en stor kunskapsbrist i målgruppen, som måste är ett direkt hinder för att målgruppen ska kunna uppnå jämställd hälsa. Därefter svarade gruppen "psykisk ohälsa" och "mammografi" tätt följt av gruppen som "inte ville veta något mer". Väldigt många som fyllt i att de vill veta mer om "könssjukdomar" vill också veta mer om "hiv" och om "säkrare sex". Vilket också kom fram i kategorin "övrigt" där många skrev att de ville veta mer om "sextips som inte är heteronormativa", "säkrare sex för fittor", "anatomi", "BDSM", "gynekologiska tillstånd" och "sexuella praktiker". Flera skrev också att de ville lära sig mer om "sexuell problematik", "klimakteriet", "endometrios", "mens", "analfissur", "torra slemhinnor" och "hemorrojder". Att veta "var man ska gå efter ungdomsmottagningen" återkommer samt att man gärna "vill veta vilka mottagningar som riktar sig till lesbiska och hbtq-personer". Det som de allra flesta ville lära sig mer om var allt som rör "fertilitet och hur samkönade par kan bli föräldrar", många uttrycker en vilja att bli förälder och få stöd i den rollen men vet inte hur de ska börja sin process. Frågor som rör "trans", "detransition" och "vård för ickebinära och transpersoner" efterfrågas av flera. Följande kategorier har nämnts av en eller några få: "utredning för NPF", "ätstörningar och fettfobi", "stöd inom socialtjänsten", "näringslära" och "vilka rättigheter man har som patient".

Finns det något du vill lära dig mer om? Kryssa för alla alternativ som passar dig



ÖVRIGA KOMMENTARER

I slutet av enkäten hade man chans att fylla i övriga kommentarer vilket ungefär en åttondel valde att göra. De allra flesta skrev och tackade för att vi gör det här projektet, för att vi tar målgruppen på allvar och synliggör lesbiska och bisexuella kvinnor och deras hälsa. Många tackade för att de fick skriva av sig, fick lyfta sina erfarenheter och för att de fick bidra med sina tankar, åsikter och vad de varit med om. Detsamma gäller alla djupintervjuer som genomförts med personer ur målgruppen, att det fanns en tacksamhet över att få berätta om vad de varit med, såväl positiva som negativa händelser, men också att man fått en chans att gå igenom gamla minnen och till viss del bearbeta. Flera uppgav att bara att de fick tala fritt om händelser med någon som tog dom på allvar, att de resulterade i att de kände sig stärkta och sedda. Och varför tar vi upp detta, för att framhäva och lyfta fram oss själva? Snarare handlar det om något större och att det säger så mycket om målgruppen lesbiska, bisexuella och queera kvinnor som har sex med kvinnor – att det här är en grupp människor som under lång tid hamnat i skymundan i samhället inom flera olika områden. I det här projektet har det varit fokus på vård och hälsa,

vi vet via forskningsöversikten att det ser likadant ut inom fler områden också gällande denna målgrupp. Men vi vet också att tack vare alla deltagare som så generöst och modigt delat med sig i intervjuer, enkäten och i fokusgruppen så kommer vi kunna göra skillnad framöver.

Flera kommenterar att man inte har någon aning om hur könssjukdomar överförs mellan kvinnor, detta fastän man haft ett aktivt sexliv med kvinnor i flera år. En annan önskar att vården inte var så heteronormativ när det kommer till information om sex och sexualitet och att hon hade behövt mer information tidigare i livet.

Det här segmentet avslutas med följande citat. Det har kommit upp flera gånger genom hela rapporten hur bisexuella kvinnor antingen osynliggörs, skrattas bort, ignoreras eller något som kommer att gå över till det ena eller det andra. Vilket är skadligt på såväl individnivå som grupp-nivå. Vilket bemötande man får och vilka rädslor man har inför ett besök är det som varit den röda tråden genom hela rapporten och där ligger ansvaret på vårdpersonalen. Det är ni som måste utbilda er, höja er kompetens och göra ett bättre arbete framöver. För är det något vi vill med denna rapport, så är det att göra förändringar och förbättringar för målgruppen.

Det viktigaste jag vill säga är att det är helt sjukt egentligen vilken skillnad det är i bemötandet inom vården beroende på vad vårdpersonal tror om mig. Som bisexuell blir jag antingen tolkad som hetero och iom det osynliggjord, eller tolkad som lesbisk och allt fokus hamnar på det. Båda antagandena är SÅ fel. Det finns liksom inga mellanlägen i folks hjärnor verkar det som...

SAMMANFATTNING

Vi har under året utfört en enkätundersökning med totalt 812 svar från målgruppen, 15 djupintervjuer samt haft tre fokusgruppsträffar med personer ur målgruppen och resultatet av detta har fungerat som underlag för att kunna skriva denna rapport. Utöver demografi om målgruppen har teman som framkommit varit, friskhet, att söka vård, gynekologi och föräldraskap, trygghet, öppenhet inom vården, vård man inte vill söka för, förbättringsmöjligheter för vårdpersonal, skam och oro. Avslutningsvis har vi sammanställt vad målgruppen vill lära sig mer om och övriga kommentarer.

De som svarat har främst varit i åldrarna 21–40, framför allt varit lesbiska eller bisexuella och har en examen från högskola eller universitet. De bor eller har tidigare bott i Stockholm och majoriteten har en relation med en annan person. Strax över 8 % svarade att de antingen brukar droger ibland eller regelbundet. Vad det gäller målgruppens psykiska och fysiska mående svarade 23 % av målgruppen att de inte känner sig psykiskt friska och 16 % svarade att de inte känner sig fysiskt friska. Vad det gäller hur man söker vård var 27 % av målgruppen osäkra på hur de ska göra, men ett område som de flesta känner till är vård hos terapeut/psykolog/kurator som 85 % av målgruppen sökt. 15 % har svarat att de har en eller flera NPF-diagnoser, vilket kan jämföras med övriga befolkningen där motsvarande siffror är 1–4 %. Vad det gäller gruppen som inte besökt gynekolog svarade 13 % att anledningen till det är för att de är rädda för vården och 32 % för att de tycker det är onödigt. 84 % av målgruppen går när kallelsen till cellprov kommer och 16 % av målgruppen har haft cellförändringar en eller flera gånger.

Många ur målgruppen är trygga med att söka vård, men de som inte känner trygghet inom vården struntar i att gå eller skjuter på det tills det inte längre är möjligt. Många efterfrågar en öppen, närvarande, varm och hbtqi-kunnig personal som man inte behöver skämmas inför. Man vill också komma rätt direkt, slippa bli skickad mellan olika instanser och önskar att få träffa samma vårdpersonal varje gång. Målgruppen efterfrågar även mer information om hur

de söker olika sorters vård samt att vården lär sig mer om vilken slags vård som är relevant för målgruppen, som exempelvis testning av könssjukdomar. Det är många som nämner minoritetsstress i samband med vård vilket är kopplat till både egna erfarenheter samt historier de hört av andra inom communityt.

Det finns en stor grupp som väljer att inte komma ut och berätta om sin sexualitet, även i de fall där det är relevant för den vård man söker. Man är rädd för att behöva förklara eller försvara sig, få närgångna frågor eller behöva utbilda personalen man möter. Man är också orolig för vilket slags bemötande man kan få och om det kommer att påverka den vård man söker för, vilket har en inverkan på i vilken utsträckning målgruppen söker vård. Det som målgruppen själva efterfrågar är att vårdgivare ställer mer öppna frågor, inte tar sexualitet för givet eller förutsätter att alla patienter de möter lever på ett och samma vis. Samt att de har mer och bättre kunskap om hbtqi-kvinnors kropp och psyke, samt de sjukdomar som kan drabba målgruppen. Sammantaget leder detta oss vidare till vad som behövs framöver för att målgruppen ska kunna uppnå jämställd hälsa.

VAD GÖR VI FRAMÅT?

Tack vare all data vi samlat in under alla djupintervjuer, genom enkätsvaren, via fokusgruppsträffarna och i samtal med vårdpersonal och andra organisationer - så har vi kunnat sammanställa en gedigen lista med saker, aktiviteter och teman vi vill fortsätta arbeta med framöver. Under 2023 kommer projektet "Kvinnors hälsa i fokus" att pågå, med stöd från Jämställdhetsmyndigheten som dels innefattar att sprida resultatet från denna rapport, dels utbilda tre testningsmottagningar som ingår i upphandlingen för Sexuell hälsa inom Region Stockholm. Vi kommer tillsammans med personer ur målgruppen även skapa fem informationsfilmer med teman som: målgruppens hälsa, cellprovtagning, mammografi, klamydia/gonorré/mycoplasma och en film om hiv/syfilis och hepatiter. Vi kommer även att uppdatera befintligt material som heter "Kort om sex för kvinnor som har sex med kvinnor" som är en broschyr med fokus på säkrare sex, sexuella praktiker, testning och hälsa. Vår plan och förhoppning är att dessa två projekt är starten på ett mer långsiktigt arbete hos oss på avdelningen för hivprevention, hälsa och individstöd på RFSL Stockholm. Det här första året med och för målgruppen har gett oss mer än vad vi någonsin kunna föreställa oss och vi är alla övertygade om att detta bara är början på vårt arbete.

AVSLUTANDE ORD

Att få göra den här undersökningen har ändrat min syn på vården, både som rättighet men också som samhällelig insats. Det har blivit tydligt att det behöver ske förändringar och förbättringar inom flera områden, dels hos personal gällande deras bemötande av målgruppen, dels via kunskapshöjande insatser för all vårdpersonal. Det behöver också ske en strukturell förbättring för att målgruppen ska kunna ta del av den vård som finns och som de har rätt till. Min förhoppning är att denna rapport är en del av det arbetet, som bara börjat.

För att målgruppen ska kunna tillgodose sina behov behövs en höjning av hbtqi-kompetensen, men det är också viktigt att signalera till målgruppen att kompetensen finns. För precis som att dåliga erfarenheter sprids likt vinden bland målgruppen, så händer detsamma med goda erfarenheter, kompetenta läkare och fina mottagningar. Ju fler ställen som tar väl hand om målgruppen, desto fler kan förhoppningsvis nås av bättre och på sikt jämställd vård.

Jag vill skicka ett varmt tack till alla som deltagit i enkäten, i fokusgrupperna och djupintervjuerna. Utan er hade den här rapporten aldrig blivit till och jag tror och hoppas att vi tillsammans kommer göra skillnad för målgruppen inom flera områden. Min önskan är att rapporten når vårdpersonal, mottagningar, organisationer och personer ur målgruppen och att förändring och framför allt förbättring sker för många framöver. //Caro Wikbro Rannberg, projektledare för Kvinnor i fokus

KÄLLOR

- Björkenstam C, Björkenstam E, Andersson G, Cochran S, Kosidou K, (2017). Anxiety and Depression Among Sexual Minority Women and Men in Sweden: Is the Risk Equally Spread Within the Sexual Minority Population? *J Sex Med* 14(3), 396–403.
- Björkman, M., & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 27(4), 238–243.
- Bränström R, et al. Sexual orientation disparities in preventable disease: A fundamental cause perspective. (2016) *American Journal of Public Health*. 2016;06(6):1109–15.
- Bränström, R., Pachankis, J.E. (2018) Sexual orientation disparities in the co-occurrence of substance use and psychological distress: a national population-based study (2008–2015). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 403–412 (2018). <https://doi-org.ezproxy.its.uu.se/10.1007/s00127-018-1491-4>
- Folkhälsomyndigheten, *Vuxnas bruk av tobaks- och nikotinprodukter*, 2021. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/tobaks--och-nikotinprodukters-utveckling/vuxnas-bruk-av-tobaks--och-nikotinprodukter/> [hämtad 2022-10-20].
- Folkhälsomyndigheten, *Cannabisanvändning*, 2021. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/cannabisanvandning-i-befolkningen/> [hämtad 2022-10-20].
- Folkhälsomyndigheten (2020) Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland homo- och bisexuella samt transpersoner. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR 2017.
- Publicerad: 24 april 2020.
- Habilitering & Hälsa, Region Stockholm, *Det här är autism*, u.å., <https://www.autismforum.se/om-autism/det-har-ar-autism/> [hämtad 2022-10-20]
- Holmberg, C. & Stjernqvist, U. (2005) *Våld samt lika och olika: Om våld i samkönade parrelationer*. Centrum För Genusstudier. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Karolinska Institutet, *Adhd – diagnos som väcker känslor*, 2022, <https://ki.se/forskning/adhd-dignos-som-vacker-kanslor> [hämtad 2022-10-20]
- Larsdotter, S (2009) ... *Som att slicka på en regnkappa. En kvantitativ studie av kvinnor som har sex med kvinnor och sexuellt överförbara sjukdomar/säkrare sex*. Malmö Högskola.
- Lindström, M., Rosvall, M. (2020) Sexual identity and low leisure-time physical activity: a population-based study, *Public Health*, Volume 182, 2020, Pages 77-79, ISSN 0033-3506, <https://doi.org/10.1016/j.puhe>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Moegelin, L. Nilsson, B. Helström, L (2010) Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* Volume 89, Issue2, February 2010. Pages 205-209. <https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.its.uu.se/toc/16000412/2010/89/2>

- O'Reilly, L. M., Pettersson, E., Donahue, K., Quinn, P. D., Klonsky, E. D., Lundström, S., Larsson, H., Lichtenstein, P., & D'Onofrio, B. M. (2021). Sexual orientation and adolescent suicide attempt and self-harm: A co-twin control study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(7), 834–841. <https://doi-org.ezproxy.its.uu.se/10.1111/jcpp.13325>
- Prell, E & Traeen, B (2018) Minority Stress and Mental Health Among Bisexual and Lesbian Women in Norway, *Journal of Bisexuality*, 18:3, 278-298, DOI: 10.1080/15299716.2018.1518180
- Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 373–381. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04018.x
- Socialstyrelsen (2016) Psyisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap. Stockholm: Socialstyrelsen.



ENKÄT FÖR PROJEKTET KVINNOR I FOKUS

Om lesbiska, bisexuella och queera kvinnor som har sex med kvinnors behov samt erfarenheter av vårdkontakter. Målgruppen omfattar cis- och transkvinnor samt ickebinära.

Information om projektet och enkäten: Kvinnor i fokus är ett projekt med målgruppen lesbiska, bisexuella och queera kvinnor som har sex med kvinnor. Målgruppen omfattar cis- och transkvinnor samt ickebinära. Målet med projektet är ökad kunskap om målgruppens behov vid vårdkontakter och vilka hälsofrämjande åtgärder som behövs för att på sikt uppnå jämställd hälsa. Vi som står bakom enkäten är RFSL Stockholm, med stöd från Jämställdhetsmyndigheten.

Mycket forskning visar på att det finns stora skillnader i hur kvinnor som har sex med kvinnor mår gällande flera hälsotekniker, att de mår sämre än heterosexuella inom fler områden samt att det finns skillnader i hur målgruppen uppsöker vård i jämförelse med andra grupper. Därför vill vi ta reda på vilka hälsofrämjande insatser som behövs för att målgruppen på sikt ska uppnå jämställd hälsa.

Alla frågor i enkäten är frivilliga att svara på. Det är enbart projektledaren som har tillgång till enkätsvaren i sin helhet och inget kommer gå att kopplas till enskilda individer. Det tar cirka 15 minuter att fylla i enkäten.

Frågor om enkäten? Kontakta Caro Wikbro Rannberg, diplomerad sexualupplysare och projektledare för Kvinnor i fokus på RFSL Stockholm, på caro.wikbro@stockholm.rfsl.se
Sista dagen att svara på enkäten är den 15 augusti 2022.

DEL 1: BAKGRUNDSFRÅGOR

Inledningsvis kommer några bakgrundsfrågor om dig, din identitet, ålder, eventuella partners och övergripande hälsostatus. Detta för att vi ska kunna identifiera om det är olika insatser som behövs och efterfrågas av olika grupper inom målgruppen.

För att vi ska kunna säkerställa att du som fyller i enkäten tillhör målgruppen får du börja med att kryssa för det eller de alternativ som passar dig bäst.

1. Jag som deltar identifierar mig som:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Homosexuell | ☐ Pansexuell |
| ☐ Bisexuell | ☐ Heterosexuell |
| ☐ Queer | ☐ Annat _____ |

2. Könsidentitet (det kön du känner/vet att du är)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Kvinna | ☐ Man |
| ☐ Ickebinär | ☐ Osäker/vet ej |
| ☐ Annat _____ | |

3. Tilldelat kön vid födseln

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| ☐ Kvinna | ☐ Man |
|---------------------------------|------------------------------|

4. Juridiskt kön

☐ Kvinna☐ Man

5. Om jag har en relation är den

☐ Monogam☐ Polyamorös☐ Flersam☐ Annat _____

6. Relationsstatus just nu

☐ Singel☐ Relation med flera personer☐ Relation med en person☐ Vill ej uppge☐ Annat _____

7. Ålder

☐ 14 år eller yngre☐ 41–50☐ 80 eller äldre☐ 15–20☐ 51–60☐ Vill inte uppge☐ 21–30☐ 61–70☐ 31–40☐ 71–80

8. Högsta slutförda utbildning?

☐ Grundskola eller motsvarande☐ Studier vid högskola/universitet☐ Gymnasieexamen eller motsvarande☐ Examen från högskola/universitet☐ Examen från högskola/universitet☐ Annan utbildning

9. Sysselsättning (om du arbetar, skriv yrke under övrigt)

☐ Studerar☐ Sjukskriven☐ Pensionär☐ Föräldraledig☐ Arbetar heltid☐ Övrigt _____☐ Arbetssökande☐ Arbetar deltid

10. Bor du i Stockholm nu? (Om nej, fyll i stad under övrigt)

☐ Ja☐ Nej☐ Övrigt _____

11. Har du tidigare bott i Stockholm?

☐ Ja, kortare än tre månader☐ Ja, längre än tre månader☐ Nej

12. Snusar du?

☐ Ja☐ Nej☐ Ibland

13. Röker du?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Ibland

14. Dricker du alkohol? (Om ja, hur många glas vid ett vanligt tillfälle?)

☐ Ja, 1–2 ☐ Ja, 5–6 ☐ Ja, 10 eller fler
☐ Ja, 3–4 ☐ Ja, 7–9 ☐ Nej

15. Brukar du någon annan substans?

☐ Ja, regelbundet ☐ Nej
☐ Ja, ibland ☐ Övrigt _____

16. Om du svarat ja på frågan ovanför, vilka substanser?

17. Känner du dig psykiskt frisk?

☐ Ja ☐ Jag skulle vilja söka vård
☐ Nej ☐ Övrigt
☐ Vet inte

18. Känner du dig fysiskt frisk?

☐ Ja ☐ Jag skulle vilja söka vård
☐ Nej ☐ Övrigt
☐ Vet inte

DEL 2: KONTAKT VÅRDEN

I andra delen av enkäten frågar vi om din kontakt med olika sorters vårdinstanser. Detta för att kunna kartlägga inom vilka instanser vi behöver fokusera framöver och var vi behöver göra insatser.

1. Har du sökt akutvård någon gång?

☐ Ja ☐ Nej, jag har inte haft behovet
☐ Nej, jag vill inte

2. Om du sökt akutvård, hur ofta gör du det?

☐ Vid behov ☐ Var tolfte månad
☐ Var tredje månad ☐ Vart annat år
☐ Var sjätte månad ☐ Mer sällan

3. Har du besökt gynekolog någon gång?

- ☐ Ja ☐ Nej, jag har inte haft behovet
☐ Nej, jag vill inte

4. Om du besökt gynekolog, hur ofta gör du det?

- ☐ Vid behov ☐ Var tolfte månad
☐ Var tredje månad ☐ Vart annat år
☐ Var sjätte månad ☐ Mer sällan

5. Om du inte besökt gynekolog, hur kommer det sig? (Kryssa för det eller de alternativ som passar dig och/eller fyll i eget förslag nedan)

- ☐ Det behövs inte ☐ Jag tycker det är pinsamt
☐ Onödigt ☐ Jag visste inte att jag behövde gå till gyn
☐ Jag har inte sex ☐ Jag har gått förut och blev inte bra bemött
☐ Jag vill inte komma ut ☐ Övrigt _____
☐ Jag är rädd för vården

6. Har du tagit cellprov?

- ☐ Ja, när kallelsen kommer går jag ☐ Nej, jag har inte haft behovet
☐ Nej, jag har inte haft behovet

7. Har du fått hemtest för hpv/cellprovtagning?

- ☐ Ja, jag har fått test och tagit det ☐ Nej, jag har inte fått något test
☐ Ja, jag har fått test och inte tagit det

8. Om du tagit cellprov, har du haft cellförändringar?

- ☐ Ja, en gång ☐ Nej, jag har inte fått något test
☐ Ja, flera gånger ☐ Jag vet inte, jag har inte testat mig

9. Om du valt att inte ta cellprov, hur kommer det sig? (Kryssa för det eller de alternativ som passar dig och/eller fyll i eget förslag nedan)

- ☐ Det behövs inte ☐ Jag tycker det är pinsamt
☐ Onödigt ☐ Jag har inte sex på det sätt där hpv överförs
☐ Jag har inte sex ☐ Jag visste inte att jag behövde ta cellprov
☐ Jag vill inte komma ut ☐ Övrigt _____
☐ Jag är rädd för vården

10. Har du testat dig för könssjukdomar?

	Testat mig en gång	Testat mig flera gånger	Aldrig testat mig för	Ej relevant	Jag visste inte att jag behövde testa mig
Klamydia					
Gonorré					
Syfilis					
Hiv					
Mykoplasma					
Hepatit B					
Hepatit C					

11. Hur ofta testar du dig för könssjukdomar?

- | | |
|---|--|
| ☐ Efter varje ny partner | ☐ Var tolfte månad |
| ☐ Var tredje månad | ☐ Mer sällan |
| ☐ Var sjätte månad | ☐ Jag har aldrig testat mig |

12. Om du aldrig testat dig för könssjukdomar, hur kommer det sig? (Kryssa för det eller de alternativ som passar dig och/eller fyll i eget förslag nedan)

- | | |
|---|--|
| ☐ Det behövs inte | ☐ Jag visste inte att jag behövde testa mig |
| ☐ Onödigt | ☐ Jag har gått förut och blev inte bra bemött |
| ☐ Jag är rädd för vården | ☐ Jag vill inte komma ut |
| ☐ Jag tycker det är pinsamt | ☐ Övrigt _____ |
| ☐ Jag har inte sex på det sätt där
könssjukdomar överförs | |

13. Har du haft konstaterad herpes eller kondylom (könsvärtor)?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Ja, herpes på/runt munnen | ☐ Ja, kondylom |
| ☐ Ja, herpes på/runt könet | ☐ Nej |
| ☐ Ja, herpes runt mun och kön | |

14. Har du någon neuropsykiatrisk diagnos? (Om ja, fyll i vilken/vilka under övrigt)

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Jag vet inte |
| ☐ Nej | ☐ Övrigt _____ |

15. Går du på regelbunden medicinering?

- ☐ Ja och jag är nöjd med medicinen/medicinerna
- ☐ Ja, men jag är inte nöjd med medicinen/medicinerna
- ☐ Nej

16. Har du uppsökt psykiatri/ gått hos psykolog/terapeut?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Jag vill söka

17. Har du sökt fertilitetsrelaterad vård? (Assisterad befruktning i par eller ensam)

- ☐ Ja, ensam
- ☐ Nej
- ☐ Ja, i par
- ☐ Jag vill söka

18. Har du blivit kallad och gått på mammografi?

- ☐ Ja, jag har blivit kallad och gått på mammografi
- ☐ Ja, men jag är inte nöjd med medicinen/medicinerna
- ☐ Nej
- ☐ Jag är inte behov av det än

19. Om du blivit kallad till mammografi men inte gått, varför är det så? (Kryssa för det eller de alternativ som passar dig och/eller fyll i eget förslag nedan)

- | | |
|---|--|
| ☐ Det behövs inte | ☐ Jag tycker det är pinsamt |
| ☐ Onödigt | ☐ Jag vill inte komma ut |
| ☐ Jag visste inte att jag behövde gå | ☐ Jag har gått förut och inte blivit bra bemött |
| ☐ Jag är rädd för vården | ☐ Övrigt |

20. Om du ska uppsöka vård, vet du hur du gör det och vilka instanser som finns?

- | | |
|---|--|
| ☐ Ja, jag vet | ☐ Nej, jag vet inte |
| ☐ Nja, jag är osäker | ☐ Övrigt |

DEL 3: KÄNSLOR KRING VÅRD

I den tredje och sista delen av enkäten fokuserar vi på frågor om olika känslor kring vård (psykisk, fysisk, sexuell, gyn, beroende). Du väljer själv hur lite/mycket du delar av dig, all information är värdefull för kommande insatser för målgruppens kontakt med vården.

1. Känner du dig trygg med att söka vård? Förklara gärna.

2. Vad behöver du för en trygg vårdssituation?

3. Vad kan vården göra för att skapa en trygg upplevelse?
4. När du uppsökt vård: har du kunnat vara öppen med din sexuella läggning/preferens?
(Om ja, vad gjorde att du kände dig bekväm med det?)
5. Om nej, varför inte? Vad hade kunnat få dig att ändra dig till att vara öppen?
6. Finns det tillfällen inom vården som du inte varit öppen med din sexuella läggning även vid tillfällen då det varit nödvändigt?
7. Finns det något inom vården du inte vill söka för? Varför/varför inte?
8. Finns det något inom vården du inte kommer söka igen för?
9. Vad skulle vårdpersonal kunna bli bättre på?
10. Har du känt känslor av skam eller oro inför mötet med vården? Berätta gärna.
11. Finns det något du vill lära dig mer om? Kryssa för alla alternativ som passar dig:

☐ Säkrare sex för att undvika STI och hiv	☐ Information om könssjukdomar
☐ Information om hiv	☐ Information om cellprovtagning
☐ Information om mammografi	☐ Information om psykisk ohälsa
☐ Information om vården	☐ Alkohol och andra droger
☐ Information om olika vårdalternativ och hur en söker hjälp	☐ Det finns inget jag vill veta mer om
	☐ Övrigt
12. Övriga kommentarer:

”Kvinnor i fokus” är ett ettårigt projekt finansierat av Jämställdhetsmyndigheten som har målgruppen lesbiska, bisexuella och queera kvinnor som har sex med kvinnor. Målgruppen omfattar även cis- och transkvinnor samt icke-binära.

Målet med projektet är ökad kunskap om målgruppens behov vid vårdkontakter och vilka hälsofrämjande åtgärder som behövs för att på sikt uppnå jämställd hälsa. Underlaget för denna rapport kommer från en enkätundersökning med över 800 svar, 15 djupintervjuer med personer ur målgruppen samt flertalet träffar med en fokusgrupp.

Några teman som tas upp i rapporten är demografi om målgruppen, friskhet gällande psykisk och fysisk hälsa, öppenhet inom vården, vård man inte vill söka för, förbättringsmöjligheter för vårdpersonal samt vad målgruppen vill lära sig mer om.